

MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES



*Tese de Doutorado
Universidade Federal
do Paraná
Setor de Ciências da
Saúde
Programa de Pós
Graduação em Saúde
da Criança e do
Adolescente*

LUCI PFEIFFER

A identificação de suspeita ou certeza do diagnóstico da violência contra crianças e adolescentes deve ser do conhecimento de todos os profissionais que atuam na área da infância e juventude, bem como a definição de seu nível de gravidade. Esta deve fazer parte rotineira das avaliações das situações de violência, visando as definições das necessidades e fluxos de atendimentos da vítima, bem como das medidas legais e de proteção cabíveis. Para tal, faz-se necessária uma padronização das avaliações destas situações de violência, padronização esta baseada em componentes e indicadores específicos e objetivos, que ultrapassem a percepção e pré conceitos pessoais do profissional responsável.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCI PFEIFFER

**MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Curitiba

2011

LUCI PFEIFFER

**MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA VIOLENCIA CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof. Dra. Mônica Nunes Lima

Curitiba
2011

DEDICATÓRIA

*À Clara, que ainda não posso descrever, mas já faz parte de minha vida e de meus
amores há quase nove meses,*

A Matheus e Tobias, meu sentido de eternidade,

A Minhas Filhas, meus melhores e mais felizes projetos,

*A aqueles que também amo, pelas diversas formas de amar, pelo bem que me
fazem por estarem ao meu lado*

AGRADECIMENTOS

Às crianças e adolescentes vítimas de tantas violências, sobreviventes marcados por suas histórias das situações de sofrimento que viveram, que disseram da necessidade e indicaram os caminhos para esta proposta de tese.

Aos profissionais da Coordenação Municipal da Rede de Proteção de Curitiba, dos anos 1998 a 2004, que criaram comigo a necessidade deste estudo e participaram dos passos iniciais deste trabalho.

Às amigas e companheiras de ideais, Lígia Pereira e Carmem Lúcia Ribeiro, que me auxiliaram nos primeiros caminhos para organizar este método.

Ao Grupo Dedicar - Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, constituído por pessoas muito especiais, como Alberto Vellozo Machado, Edilson Forlin, Léo Cardon, Luiz Ernesto Pujol, Márcia Caldas Vellozo Machado, que me acompanham nos projetos, propostas e trabalhos para defesa e proteção da infância-adolescência.

Aos profissionais do Programa HC DEDICA, Alessandra Petruzzi, Cláudia Dahlat, Ernestina Ahuache, Léo Cardon, Patrícia Ehlke, Patrícia Dias, Sandra Fuga, Simone Rotz, Tânia Stoco, que doam seu tempo, capacidade do saber e dedicação ao outro, mostrando novos bons modelos de agir e pensar às crianças, adolescentes e responsáveis.

Aos que já participaram do Programa HC DEDICA e que por um tempo de suas vidas deixaram para muitas crianças e adolescentes uma visão melhor do mundo adulto que tanto as maltratou, Adriana Scucatto, Carla Brogglio, Elenice Millani, Eliana Barbosa, Rosane Begnini, Rosângela Urias.

Ao Prof. Dr. Edílson Forlin, Profa. Dra. Mônica Nunes Lima, Profa. Dra. Vânia Oliveira de Carvalho e Dra. Déborah Carla Chong e Silva, que doaram seu tempo e capacidade para orientar a qualificação desta tese.

Ao Dr. Léo Cardon, que participou em todos os passos deste trabalho, com seu apoio, supervisão dos casos, coordenação dos seminários, revisão do texto e manutenção da coerência das minhas idéias e ideais.

Aos Doutores Renata Waksman, Miguel Agulhan, Edilson Forlin e Vânia Oliveira de Carvalho, membros da banca examinadora, que, com suas análises, comentários, críticas e sugestões, enriqueceram este trabalho.

À Profa. Dra. Mônica Nunes Lima, mobilizada pelo tema, que aceitou o encargo de orientadora e ainda de colaborar na transformação em números e estatísticas, as difíceis histórias de tantas crianças e adolescentes, para finalizar uma proposta de proteção a outras que não chegarão ao Programa HC DEDICA.

À Capes pela concessão de bolsa de doutorado para o desenvolvimento da pesquisa.

RESUMO

Introdução: A identificação de suspeita ou certeza do diagnóstico da violência contra crianças e adolescentes deve ser do conhecimento de todos profissionais que atuam na área da infância e juventude, bem como a definição de seu nível de gravidade. Esta deve fazer parte rotineira das avaliações das situações de violência, visando as definições das necessidades e fluxos de atendimentos da vítima, bem como das medidas legais e de proteção cabíveis. A lei vigente não fornece instrumentos para isto. Para tal, faz-se necessária uma padronização das avaliações destas situações de violência, padronização esta baseada em componentes e indicadores específicos e objetivos, que ultrapassem a percepção e pré conceitos pessoais do profissional assistente. **Objetivos:** Apresentar método de classificação da gravidade das situações de violência contra crianças e adolescentes; identificar os principais componentes a serem avaliados; definir indicadores de risco em escala de gravidade para os componentes apresentados: vítima, agressor, tipo de agressão e família. **Método:** estudo prospectivo, observacional da avaliação de crianças e adolescentes em situação de violência, atendidos no ambulatório do Programa HC DEDICA, do Hospital de Clínicas da UFPR, no período janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Foram identificados os principais componentes das situações de violência a serem avaliados, sendo eles: agressão, vítima, agressor e família. Para cada componente definiu-se indicadores, pontuados com valores de 0 a 3 de acordo ao seu nível de risco. A soma da pontuação máxima do primeiro componente, agressão, com a média de pontuação dos outros três foi aplicada à tabela de classificação, que define valores de 0 a 2 como Ausência de Violência, 3 a 5 como Situação de Violência Leve, 6 a 8 como Situação Grave, 9 a 11 como Gravíssima e 12 pontos, como Risco de Morte. Foram avaliadas 309 crianças e adolescentes, com inclusão na pesquisa de 246 casos que permaneceram no atendimento psicoterapêutico pelo tempo mínimo de três meses. **Resultados:** Violência doméstica crônica caracterizou a maioria dos casos, acometendo crianças com idade inferior a 1 ano (6,1%), 1 a 5 anos (13,0%), 6 a 9 anos (26,0%), acima de 9 a 12 anos (26,8%) e acima de 12 anos até 18 (28%). Em 51,6% a violência se iniciou na gestação e em 12,6%, no primeiro ano de vida.

Os indicadores de risco selecionados referentes à vítima, família, agressor e agressão, mostraram-se apropriados para o método proposto, com acurácia de 91,4%, índices de sensibilidade de 87,7% e especificidade de 98,6%. **Conclusões:** As pesquisas desenvolvidas nesta tese permitiram identificar os principais componentes das situações de violência na infância e adolescência, sendo eles o tipo da agressão, estado geral da vítima, características do agressor e da família da vítima. Possibilitou a definição dos principais indicadores de risco para cada um destes componentes e a elaboração do *Método para Classificação da Gravidade das Situações de Violência contra Crianças e Adolescente*, instrumento de triagem e também de diagnóstico do tipo e gravidade das situações de violência na infância e adolescência, com elevados índices de acurácia, sensibilidade e especificidade.

Palavras chaves: Violência; Maus Tratos; Criança; Adolescente; Classificação de Gravidade.

ABSTRACT

Introduction: The identification of suspicion or diagnosis of violence must be known to all professionals working in the field of childhood and youth. The definition of the severity of each situation of violence should be part of their initial assessments, to define the needs and service flows, and the measures of legal protection. The law does not provide these tools. It is necessary to standardize the assessments of the situations of violence against children and adolescents and especially its severity, assessment based on specific indicators and targets that go beyond personal perception. **Objectives:** To present a method for classifying the severity of violence against children and adolescents, identifying the key components to be evaluated, define risk indicators on the scale of gravity to the parts shown: victim, perpetrator, type of aggression and family. **Method:** a prospective, observational assessment of children and adolescents involved in violent situations, attended at the HC DEDICA's Program, Clinical Hospital – Parana's Federal University (Brazil), in the period of January 2009 to December 2010. We identified the main components of the situations of violence which are: aggression, victim, offender and family. For each component indicators were defined, measured with values from 0 to 3 according to their level of risk. The sum of the maximum score of the first component and the average score of the other three should be applied to the table of classification, which defines values from 0 to 2 for No Violence, Situation Take 3-5, 6-8 Grave Situation, 9 to 11 very serious and 12 points, Risk of Death. We evaluated 309 children and adolescents, with inclusion in the study of 246 cases that remained in the psychotherapeutic care. **Results:** Chronic domestic violence characterized almost all cases, except five. It appears in children younger than 1 year (6.1%), 1 to 5 years (13.0%), 6 to 9 years (26.0%) and above 9 years to 12 (26,8%), above 12 to 18 (28%). In 51.6% the violence began during pregnancy and 12.6% in the first year of life. The risk indicators related to the victim, family, aggressor, aggression proved to be appropriated to classify the severity of the violence situations, with an accuracy of 91.4%, sensitivity of 87.7% and specificity of 98.6 %. **Conclusion:** The research developed in this thesis have identified the main components of the situations of violence in childhood and adolescence, such as the kind of aggression, general

condition of the victim, characteristics of the perpetrator and of the victim's family. Allowed the definition of the main risk indicators for each component of this kind of violence and the elaboration of the Method for the Severity Classification of the Violence Situations against Children and Adolescents, a tool for screening and diagnoses for the type and seriousness of the problem, with high levels of accuracy, sensitivity and specificity.

Key Words: Violence; Ill Treatment; Child; Adolescent; Gravity Classification's Level.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - APRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	43
QUADRO 2 - SINAIS DE ALERTA PARA DESVINCULAÇÃO MÃE-BEBÊ NA GRAVIDEZ.....	53
QUADRO 3 - SINAIS DE ALERTA DE DESVINCULAÇÃO MÃE-LACTENTE	54
QUADRO 4 - SINAIS E SINTOMAS PSÍQUICOS DE VIOLÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	55
QUADRO 5 - SINAIS E SINTOMAS DE VIOLÊNCIA PSÍQUICA	57
QUADRO 6 - SINAIS GERAIS DE VIOLÊNCIA FÍSICA	58
QUADRO 7 - SINAIS E SINTOMAS DE ENVENENAMENTO OU INTOXICAÇÕES INTENCIONAIS ..	64
QUADRO 8 - SINAIS E SINTOMAS DE OMISSÃO À SAÚDE	67
QUADRO 9 - SINAIS E SINTOMAS DA OMISSÃO À EDUCAÇÃO	68
QUADRO 10 - SINAIS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	73
QUADRO 11 - SINAIS E SINTOMAS TARDIOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	74
QUADRO 12 - SINAIS E SINTOMAS MAIS COMUNS DA SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO.....	76
QUADRO 13 - PRINCIPAIS COMPONENTES DAS SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS	94
QUADRO 14 - NÍVEL DE RISCO DOS INDICADORES	97
QUADRO 15 - GRUPOS DE INDICADORES DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	102
QUADRO 16 - NÍVEIS DE GRAVIDADE DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA SEGUNDO MÉTODO DE PONTUAÇÃO	103
QUADRO 17 - PONTUAÇÃO DO RISCO ENCONTRADO	103
QUADRO 18 - SOMATÓRIA DO RISCO ENCONTRADO PARA OS COMPONENTES DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	104
QUADRO 19 - CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	105

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - FREQUÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE ACORDO A FAIXA ETÁRIA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	111
TABELA 2 - FREQUÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE ACORDO COM O ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO	112
TABELA 3 - INCIDÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE ACORDO COM O GÊNERO DAS VÍTIMAS	112
TABELA 4 - FREQUÊNCIA DE ACORDO COM A RAÇA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES	113
TABELA 5 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS VÍTIMAS.....	114
TABELA 6 - DESEMPENHO ESCOLAR DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	114
TABELA 7 - RESPONSÁVEL PELA GUARDA DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE	115
TABELA 8 - PESSOA RESPONSÁVEL PELA GUARDA DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE	116
TABELA 9 - LOCAL DE RESIDÊNCIA DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE.....	117
TABELA 10 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PAIS.....	118
TABELA 11 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO DAS VÍTIMAS.....	119
TABELA 12 - RENDA PER CAPITA DA FAMÍLIA E VÍTIMA.....	120
TABELA 13 - ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DA VÍTIMA.....	121
TABELA 14 - IDADE DE INÍCIO DA VIOLÊNCIA.....	123
TABELA 15 - ESTADO GERAL DA VÍTIMA	125
TABELA 16 - VINCULAÇÃO ENTRE PAIS E RESPONSÁVEIS.....	126
TABELA 17 - DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE.....	128
TABELA 18 - CONDIÇÕES DE CONVIVÊNCIA SOCIAL DA VÍTIMA	130
TABELA 19 - DESEMPENHO ESCOLAR DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE.....	132
TABELA 20- INDICADORES DE RISCO PARA LESÕES FÍSICAS	134
TABELA 21- INDICADORES DE RISCO PARA OMISSÃO DO CUIDAR – NEGLIGÊNCIA.....	136

TABELA 22 - INDICADORES DE RISCO PARA AGRESSÃO PSÍQUICA	138
TABELA 23 - INDICADORES DE RISCO PARA AGRESSÃO SEXUAL	140
TABELA 24 - INDICADORES DE RISCO PARA AUTO-AGRESSÃO	142
TABELA 25 - INDICADORES DE RISCO PARA EXPLORAÇÃO PELO TRABALHO	144
TABELA 26 - INDICADORES DE RISCO QUANTO AOS ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DO AGRESSOR.....	145
TABELA 27 - INDICADORES DE RISCO QUANTO AO RELACIONAMENTO COM A VÍTIMA	147
TABELA 28 - INDICADORES DE RISCO QUANTO AOS VÍNCULOS DO AGRESSOR COM A VÍTIMA	149
TABELA 29 - INDICADORES DE RISCO DE ACORDO COM O COMPORTAMENTO DO AGRESSOR	151
TABELA 30 - INDICADORES DE DROGADIÇÃO DO AGRESSOR.....	153
TABELA 31 - INDICADORES RELATIVOS ÀS TENTATIVAS DO AGRESSOR DE JUSTIFICAR A VIOLÊNCIA.....	155
TABELA 32 - INDICADOR DE RISCO QUANTO A ACEITAÇÃO DE TRATAMENTO PELO AGRESSOR	157
TABELA 33 - CONDIÇÃO DE RELACIONAMENTO DA FAMÍLIA COM A VÍTIMA.....	159
TABELA 34 - ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DA FAMÍLIA.....	161
TABELA 35 - POSSIBILIDADE DE PROTEÇÃO À VÍTIMA	163
TABELA 36 - PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO E MEDIDAS DE PROTEÇÃO	164
TABELA 37 - DIAGNÓSTICO DA APRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA E SEU NÍVEL DE GRAVIDADE	167
TABELA 38 - DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA PELO MÉTODO PROPOSTO.....	170
TABELA 39 – INDICADORES DE RISCO PARA A VÍTIMA.....	171
TABELA 40 - CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO	172

TABELA 41 - INDICADORES DE RISCO DO AGRESSOR.....	173
TABELA 42 - INDICADORES DE RISCO DA FAMÍLIA.....	174
TABELA 43 - DIAGNÓSTICO DA GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA PELA EQUIPE INTERDISCIPLINAR .	175
TABELA 44 - CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE PELO MÉTODO PROPOSTO	176
TABELA 45 - COMPARAÇÃO ENTRE OS CASOS DE DIAGNÓSTICO GRAVE, GRAVÍSSIMO E DE RISCO DE MORTE ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E O MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO.....	177

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM OS ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DA VÍTIMA	122
GRÁFICO 2 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A IDADE DE INÍCIO DA VIOLÊNCIA	124
GRÁFICO 3 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O ESTADO GERAL DA VÍTIMA	125
GRÁFICO 4 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A VINCULAÇÃO ENTRE PAIS E RESPONSÁVEIS	127
GRÁFICO 5 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE	129
GRÁFICO 6 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DE CONVIVÊNCIA SOCIAL DA VÍTIMA	130
GRÁFICO 7 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O DESEMPENHO ESCOLAR DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE	133
GRÁFICO 8 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM AS LESÕES FÍSICAS	135
GRÁFICO 9 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A OMISSÃO DO CUIDAR – NEGLIGÊNCIA	137
GRÁFICO 10 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A AGRESSÃO PSÍQUICA	139
GRÁFICO 11 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A AGRESSÃO SEXUAL	141
GRÁFICO 12 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A AUTO-AGRESSÃO	143
GRÁFICO 13 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A EXPLORAÇÃO PARA O TRABALHO ..	144
GRÁFICO 14 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM OS ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DO AGRESSOR	146
GRÁFICO 15 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O RELACIONAMENTO COM A VÍTIMA ..	148
GRÁFICO 16 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM OS VÍNCULOS DO AGRESSOR COM A VÍTIMA	150
GRÁFICO 17 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O COMPORTAMENTO DO AGRESSOR	152

GRÁFICO 18 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A DROGADIÇÃO DO AGRESSOR	154
GRÁFICO 19 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM AS TENTATIVAS DO AGRESSOR DE JUSTIFICAR A VIOLÊNCIA	156
GRÁFICO 20 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A ACEITAÇÃO DE TRATAMENTO PELO AGRESSOR	158
GRÁFICO 21 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O RELACIONAMENTO DA FAMÍLIA COM A VÍTIMA	160
GRÁFICO 22 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM OS ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DA FAMÍLIA	162
GRÁFICO 23 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO E MEDIDAS DE PROTEÇÃO	163
GRÁFICO 24 - DIAGNÓSTICO DA APRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA E SEU NÍVEL DE GRAVIDADE	165
GRÁFICO 25 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A POSSIBILIDADE DE PROTEÇÃO À VÍTIMA	168

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 JUSTIFICATIVA	24
1.2 OBJETIVOS	26
1.2.1 Objetivo Geral	26
1.2.2 Objetivos Específicos	27
2 REVISÃO DA LITERATURA	28
2.1 CRITÉRIOS ATUAIS PARA AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	29
2.2 A VIOLENCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATRAVÉS DOS TEMPOS	34
2.3 APRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA	41
2.3.1 Violência Extrafamiliar	43
2.3.1.1 Violência institucional	44
2.3.1.2 Violência social.....	44
2.3.1.3 Violência urbana.....	45
2.3.1.4 Macro violência	46
2.3.2 Auto-Agressão.....	47
2.3.3 Violência Doméstica	48
2.4 NATUREZA DA VIOLÊNCIA.....	51
2.4.1 Violência Psíquica ou Psicológica.....	51
2.4.1.1 Sinais gerais de violência – violência psicológica.....	53
2.4.2 Violência Física	57
2.4.2.1 Sinais gerais de violência física	58
2.4.2.2 Sinais específicos da violência física	59
2.4.2.2.1 Lesões de pele	59
2.4.2.2.2 Fraturas	60
2.4.2.2.3 Lesões crânio-encefálicas.....	60
2.4.2.2.4. Lesões de face.	61

2.4.2.2.5 Lesões abdominais	61
2.4.2.2.6 Envenenamentos e intoxicações	62
2.4.3 Negligência - Omissão Do Cuidar.....	64
2.4.3.1 Omissão à saúde	66
2.4.3.2 Omissão à educação.....	67
2.4.3.3 Omissão à afetividade – negligência emocional.....	68
2.4.4 Violência Sexual.....	69
2.4.5 Síndrome de Münchausen por Procuração ou Lesões Factícias Auto-Infligidas ou por Procuração.....	74
2.4.6 Síndrome da Alienação Parental	77
2.4.7 Filicídio	78
2.4.8 Violência Química	79
2.5 O IMPACTO DA VIOLENCIA SOBRE O SUJEITO EM DESENVOLVIMENTO	84
2.6 DOS DIREITOS E PROTEÇÃO	87
2.7 DA NOTIFICAÇÃO E DENÚNCIA	89
2.8 VIOLENCIA COMO DIAGNÓSTICO MÉDICO	90
2.9 ENFRENTAMENTO DA VIOLENCIA PELA SAÚDE.....	91
2.10 EVOLUÇÃO DO ESTUDO.....	92
2.11 ESCOLHA DOS COMPONENTES PRINCIPAIS DA VIOLENCIA E SEUS INDICADORES DE RISCO	96
2.12 PRIMEIRO MODELO DO MÉTODO.....	97
2.13 DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	98
3 MATERIAL E MÉTODOS	99
3.1 TIPO DE ESTUDO	99
3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO	99
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA.....	99
3.3.1 Critérios de Inclusão.....	100
3.3.2 Critérios de Exclusão	100
3.4. AMOSTRAGEM	100
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	100

3.6 APLICAÇÃO DO MÉTODO.....	101
3.7 ANÁLISE FINAL E RESULTADOS	108
3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	108
3.9 ÉTICA EM PESQUISA	108
3.10 FOMENTOS, FINANCIAMENTOS E PARCERIAS	109
4 RESULTADOS.....	111
4.1 PERFIL DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	111
4.1.1 Frequência da Violência de Acordo à Faixa Etária das Crianças e Adolescentes	111
4.1.2 Frequência da Violência de Acordo ao Estágio de Desenvolvimento	112
4.1.3 Frequência da Violência de Acordo ao Gênero das Vítimas	112
4.1.4 Frequência da Violência de Acordo à Raça das Vítimas	113
4.1.5 Frequência de Acordo a Escolaridade das Crianças e Adolescentes	113
4.1.6 Desempenho Escolar das Vítimas de Violência	114
4.1.7 Responsável pela Guarda da Criança ou Adolescente	115
4.1.8 Local de Residência	116
4.1.9 Nível de Escolaridade da Mãe	117
4.1.10 Origem do Encaminhamento	118
4.1.11 Renda per Capita da Família e Vítima	119
4.2 RESULTADOS OBTIDOS PELA APLICAÇÃO DO MÉTODO	120
4.2.1 Indicadores de Risco da Vítima	120
4.2.1.1 Antecedentes de situações de violência da vítima	120
4.2.1.2 Idade de início da violência	123
4.2.1.3 Estado geral da vítima.....	124
4.2.1.4 Qualidade de vinculação da vítima com responsáveis	126
4.2.1.5 Situação de desenvolvimento psicomotor.....	127
4.2.1.6 Condições de convivência social da vítima.....	129
4.2.1.7 Desempenho escolar da vítima.....	131
4.2.2 Indicadores de Risco da Agressão	133
4.2.2.1 Lesões físicas.....	135

4.2.2.2 Indicadores de risco de sinais e sintomas de negligência ou omissão do cuidar.....	136
4.2.2.3 Indicadores de risco de sinais e sintomas de violência psicológica	137
4.2.2.4 Indicadores de risco para sinais e sintomas de abuso sexual.....	139
4.2.2.5 Indicadores de risco de auto-agressão	140
4.2.2.6 Indicadores de risco para exploração para o trabalho	143
4.3 INDICADORES DE RISCO PARA O AGRESSOR.....	144
4.3.1 Indicadores de Risco Quanto aos Antecedentes de Violência do Agressor.....	145
4.3.2 Indicadores de Risco Quanto ao Relacionamento com a Vítima.....	147
4.3.3 Indicadores de Risco Quanto aos Vínculos do Agressor com a Vítima	148
4.3.4 Indicadores de Risco Quanto ao Comportamento do Agressor	150
4.3.5 Indicadores de Uso ou Abuso de Álcool e Outras Drogas.....	152
4.3.6 Justificativas dadas Pelo Agressor Quanto à Violência	154
4.3.7 Indicadores de Risco Quanto a Aceitação de Tratamento pelo Agressor	156
4.4 INDICADORES DE RISCO DA FAMÍLIA.....	158
4.4.1 Antecedentes de Violência da Família	160
4.4.2 Possibilidade de Proteção à Vítima	162
4.4.3 Procura pela Família de Atendimento para a Vítima	164
4.5 DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA FEITO PELA EQUIPE INTERDISCIPLINAR HC DEDICA.....	166
4.6 DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA FEITO PELO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO PROPOSTO	169
4.7 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS INDICADORES DE RISCO E O DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE GRAVIDADE DA VIOLENCIA PELO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO POR SISTEMA DE PONTUAÇÃO	170
4.7.1 Características da Vítima	170
4.7.2 Agressão	171
4.7.3 Agressor	173
4.7.4 Família.....	174
4.8 COMPARAÇÃO FINAL DO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE DA VIOLENCIA PELO MÉTODO PROPOSTO E PELA AVALIAÇÃO TRADICIONAL INTERDISCIPLINAR	175

4.9 VIOLÊNCIA QUÍMICA.....	177
5 DISCUSSÃO	180
5.1 PERFIL DA AMOSTRA ESTUDADA	180
5.2 APLICAÇÃO DO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	186
5.3 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE RESULTADOS OBTIDOS PELO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SITUAÇÃO DE VIOLENCIA E O DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE GRAVIDADE DESENVOLVIDO PELA EQUIPE INTERDISCIPLINAR.....	197
5.4 COMPARAÇÃO FINAL DO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE DA VIOLENCIA PELO MÉTODO PROPOSTO E PELA AVALIAÇÃO TRADICIONAL INTERDISCIPLINAR	219
6 CONCLUSÕES	222
REFERÊNCIAS.....	224
ANEXOS	235
APÊNDICES.....	253

1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes, o lado frágil e indefeso da humanidade, sempre fez parte de sua história e tem sido relatada desde as mais remotas eras, como uma forma de relacionamento perverso do mais forte sobre o mais fraco.

Sem escolha para sua ascendência, muitos vêm ao mundo sem desejo ou lugar por parte de seus pais e familiares, restando-lhes o descaso e a desproteção. São mantidos como reféns das histórias de insucessos e fracassos daqueles que deveriam ter a satisfação do cuidar e vê-los crescer, buscando sua saúde física e mental.

Vagam pelos ambulatorios da saúde, pelos corredores do lado de fora das salas de aula, onde não conseguem evoluir, passam às clínicas de neurologia e psiquiatria, quando não aos cuidados invertidos da lei a punir seus sintomas de delinquência e autodestruição. Permanecem sob várias formas de abandonos e violação de direitos, tanto dos pais, como de uma sociedade que prefere não saber de seus sofrimentos.

Dos poucos que chegam a ter uma suspeita ou diagnóstico, a minoria recebe atendimento adequado com profissionais capacitados para tal, fato delatado por países onde a notificação da violência na infância e adolescência já está estruturada há décadas. Nestes, é considerado que para cada caso diagnosticado, tem-se outros dez sem atendimento.

A Organização Mundial de Saúde considera que centenas de milhares de crianças morrem a cada ano em consequência a traumas ou violência, e milhões de outras sofrem como vítimas de injúrias não fatais (PEDEN et al., 2008).

De preocupação recente, a violência contra crianças e adolescentes vem sendo enfrentada de acordo com esforços localizados e dependentes da sensibilização política e profissional de cada município e estado, na maioria de forma tímida e nem sempre com bases na ciência.

Estabelecida como agravo de notificação compulsória desde janeiro deste ano de 2011 pela Portaria nº 104/GM do Ministério da Saúde, o diagnóstico de violência contra crianças e adolescentes deveria fazer parte da

prática de todo médico e profissionais da saúde, especialmente dos que se dedicam à área da infância.

No entanto, fora da maioria das grades curriculares das graduações e pós-graduações brasileiras, mesmo das profissões que se dedicam especialmente à faixa etária abaixo de 18 anos, como a saúde, educação, direito e ação social, o diagnóstico, prevenção e tratamento das situações de violência ainda não fazem parte da formação da maioria dos profissionais.

A consequência disto é visível pelo número escasso de programas voltados ao atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, tanto para diagnóstico como para tratamento e proteção. Mesmo onde existem, os critérios estabelecidos pela lei brasileira em vigor não suprem condições mínimas de diagnóstico, e especialmente, da determinação da gravidade dos casos identificados para definir as condutas necessárias a cada um.

Dados do Ministério da Saúde do Brasil (DATASUS, 2008) indicam que a violência, junto às injúrias não intencionais ou acidentes (causas externas) são as maiores causas de morte a partir do segundo ano de vida até os 39 anos e responsável pelo maior índice de anos potenciais de vida perdidos.

WASELFISZ, JJ. na publicação “Mapa da Violência” do Ministério da Saúde, de 2012, aponta que 52,3% das mortes de crianças e jovens de 1 a 19 anos em 2010 foram por causas externas.

Sem critérios objetivos e claros, a gravidade das situações de violência que envolvem crianças e adolescentes eram e ainda são, na maior parte de nosso país, definidas pelos pré-conceitos, cultura e instrumentos psíquicos de cada profissional envolvido no atendimento. São condições dificilmente comensuráveis para que se confie o destino de uma criança, deixando evidente a possibilidade de erros e distorções nos atendimentos e decisões de encaminhamentos às situações de violência na infância e adolescência.

Frente a esta constatação, comprovada durante o processo de estruturação do Programa Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência da cidade de Curitiba, de 1998 a 2000, quando houve a implantação da ficha de notificação obrigatória da suspeita ou violência, foi idealizado um método para avaliação da gravidade destas situações que passaram a ser identificadas (PFEIFFER, 2000).

Como parte de projeto de longa data para promover medidas de enfrentamento das injúrias intencionais contra crianças e adolescentes, foi desenvolvido um estudo sobre os principais componentes da violência contra crianças e adolescentes e seus indicadores de risco. A partir de sua aplicação na rede pública, surgiu a necessidade de maiores pesquisas e definição das possibilidades deste método ser aplicado como instrumento de triagem para determinação da gravidade das situações de violência por profissionais das diversas áreas que atuam com a infanto-adolescência.

Este estudo se iniciou como dissertação de mestrado (PFEIFFER, 2006), apresentando um perfil da violência contra crianças e adolescentes da cidade de Curitiba e se continuou com a estruturação de um programa de atendimento às vítimas, responsáveis e agressores, inicialmente ligado ao Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná – Programa HC DEDICA.

Assim foi desenvolvida esta pesquisa, com a aplicação do método para os casos de crianças e adolescentes com suspeita ou diagnóstico de violência, atendidos pelo Programa HC DEDICA nos anos de 2009 e 2010. Este resultado foi comparado ao diagnóstico obtido pela equipe interdisciplinar responsável pelo acompanhamento dos envolvidos naquelas situações de violência, após um tempo mínimo de três meses de atendimento, considerado aqui como padrão ideal de diagnóstico e assistência.

Esta tese se propõe a apresentar um método de avaliação e definição dos níveis de gravidade da violência contra crianças e adolescentes, a ser utilizado como instrumento diagnóstico e de triagem acessível a profissionais de diversas áreas ligadas à infância e adolescência.

1.1 JUSTIFICATIVA

Dentre as manifestações trazidas pela criança ou adolescente, seja de doenças ou disfunções orgânicas, podem-se encontrar sintomas ou sinais nem sempre bem definidos, que não se encaixam nas patologias habituais ou não preenchem critérios diagnósticos dos protocolos nosológicos comuns.

Muitas vezes são enquadrados como distúrbios de comportamento, ou somatizações de sintomas psíquicos, ou mesmo dificuldades de relacionamento e socialização, quando, no entanto, representam sinais de sofrimento psíquico provocado por situações de violência.

Em se tratando de violência contra criança e adolescentes, existem fatores que estão sempre envolvidos na definição do nível de gravidade de cada caso, definição esta imprescindível para conduzir as atitudes emergenciais e o acompanhamento necessário para cada situação.

Dos preceitos e normas legais muito se evoluiu através dos tempos em questão dos direitos da criança e do adolescente. O diagnóstico das situações de violência vem sendo divulgado e estimulado, bem como a sua notificação às autoridades competentes.

No Brasil e exterior, lentamente, a violência contra crianças e adolescentes está deixando de ocupar o lugar distorcido e socialmente conveniente de um problema social, para ser vista como um agravo à saúde.

A possibilidade de identificar a suspeita da violência deve ser do conhecimento de todos os profissionais que atuam na área da infância e juventude.

A confirmação diagnóstica, excetuando-se o flagrante, deve partir da área da saúde e, em especial, do pediatra, mas também de todos os médicos em geral.

Para uma avaliação das outras formas de violência que não a física, outros profissionais da área da saúde e áreas afins deveriam estar também envolvidos, como os psicólogos, psicanalistas, psiquiatras, assistentes sociais e outros, dentro de uma visão interdisciplinar e abrangente, incluindo a família e possíveis agressores.

Ademais, há que se oferecer à vítima a garantia de que todos os envolvidos na sua assistência tenham condições e instrumentos para uma avaliação criteriosa do nível de gravidade da situação geral de violência a que aquela criança ou adolescente foi ou vem sendo submetido.

Assim, para que sejam definidos os fluxos e protocolos de atendimento e clarificadas com bases sólidas as medidas de proteção necessárias, há que se definir a gravidade da situação. Segundo Jeremy FM, a avaliação e o

diagnóstico do risco da violência é um ponto fundamental, não apenas para psicólogos e psiquiatras mas para todos os clínicos (JEREMY et al., 2011).

Evidenciou-se então para a pesquisadora, a necessidade da criação de uma padronização nas avaliações de cada situação de violência contra crianças e adolescentes e principalmente de sua gravidade, avaliação esta baseada em indicadores específicos e mais objetivos que a percepção pessoal.

Era preciso desenvolver uma metodologia para este diagnóstico e a busca em literatura nacional e internacional pouco colaborou com esta proposta.

Desta forma a pesquisadora desenvolveu método com critérios de padronização para um diagnóstico seguro dos níveis de gravidade da situação de violência na infância e adolescência no ano 2000 e veio buscando meios desde então para seu aprimoramento.

Do início da proposta, implantada no sistema público da cidade de Curitiba para atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência muito se evoluiu.

Os indicadores de risco foram revistos, a frequência e significância dos critérios de gravidade avaliados por análises estatísticas e, aplicados neste estudo prospectivo observacional.

Pretende-se a disponibilização geral do método a profissionais que atuem na área da infância e adolescência, para possibilitar a definição da gravidade da situação de violência e a determinação das necessidades imediatas de tratamento e proteção da criança ou adolescente, bem como os fluxos e protocolos de acompanhamento.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Apresentar e avaliar um método de classificação da violência contra crianças e adolescentes em níveis de gravidade.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os principais componentes a serem avaliados numa situação de violência contra crianças e adolescentes
- b) Definir indicadores de risco em escala de gravidade para os componentes apresentados: vítima, agressor, tipo de agressão e família
- c) Apresentar o perfil epidemiológico e características da violência contra a criança e o adolescente na amostra estudada.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A idealização deste projeto surgiu durante o processo de estruturação do Programa Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes de Curitiba, de 1998 a 2000, quando houve a implantação da ficha de notificação obrigatória da suspeita ou violência confirmada.

Nesta sequência e com a criação de uma demanda até então pouco conhecida, ficou evidente a falta de um método objetivo para distinguir as formas leves, graves ou com risco de morte da violência contra a criança e o adolescente, diagnóstico este fundamental para a caracterização dos critérios de urgência e emergência de medidas de proteção, complexidade de atuação e atendimento.

A Organização Mundial de Saúde considera que centenas de milhares de crianças morrem a cada ano em consequência a traumas ou violência, e milhões de outras sofrem como vítimas de injúrias não fatais (PEDEN et al., 2008).

A violência contra crianças e adolescentes vem sendo enfrentada de acordo com esforços localizados e dependentes da sensibilização política e profissional de cada município e estado.

Em 1990, através dos artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8069), o Governo Brasileiro institui como obrigatória a notificação da suspeita de violência contra crianças e adolescentes.

A Portaria de nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, aprovou na forma do Anexo, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e em 25 de outubro de 2001, dispôs sobre a notificação obrigatória, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS.

A violência contra crianças e adolescentes e também contra mulheres e idosos foi decretada como agravo de notificação compulsória desde janeiro de 2011, pela Portaria nº 104/GM do Ministério da Saúde, determinando o registro e informação do diagnóstico de violência, como parte obrigatória da prática de todo médico e profissionais de saúde,

No entanto, fora da maioria das grades curriculares das graduações e pós-graduações brasileiras, mesmo das profissões que se dedicam especialmente à faixa etária abaixo de 18 anos, como a saúde, educação, direito e ação social, o diagnóstico, prevenção e tratamento das situações de violência ainda não fazem parte da formação da maioria dos profissionais.

2.1 CRITÉRIOS ATUAIS PARA AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A lei brasileira, embora tenha reconhecimento internacional de possuir um dos melhores escritos sobre direitos da criança e do adolescente, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, não define diagnósticos para a violência, nem mesmo fornece critérios para determinar seus níveis de gravidade

As avaliações periciais de crianças e adolescentes em situação de risco para violência, solicitadas para embasamento da justiça na comprovação de crime e direcionamento das decisões legais de proteção da vítima e julgamento do agressor, são de responsabilidade do Instituto Médico Legal.

No entanto, não são todos os municípios brasileiros que o tem e, naqueles que dele dependem para os laudos periciais, tem de se haver com a realidade de que os conceitos e definições para diagnóstico da violência estão fundados no artigo 129 do Código Penal Brasileiro, escrito em 1940, mais de vinte anos antes da apresentação cientificamente aceita da Síndrome da Criança Espancada.

Desta forma, sem atualização há mais de setenta anos neste tema, o artigo 129, descreve o que deve ser considerado violência física, sem nenhuma menção à violência psicológica ou negligência.

Define, em tópicos, três níveis de gravidade para lesões corporais, indicados como lesões leves, graves e gravíssimas. No entanto, estas definições estão direcionadas para o adulto, sem levar em conta nenhuma das especificidades das apresentações da violência na infância e adolescência e

são estes os critérios principais a embasar os processos policiais e judiciais para proteção da vítima e punição do agressor, como:

Lesão corporal

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Lesão corporal de natureza grave

§ 1º Se resulta:

I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º Se resulta:

I - Incapacidade permanente para o trabalho;

II - enfermidade incurável;

III - perda ou inutilização do membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

Lesão corporal seguida de morte

3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

Diminuição de pena

§ 4º Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Substituição da pena

§ 5º O juiz, não sendo graves as lesões, pode ainda substituir a pena de detenção pela de multa, de duzentos mil réis a dois contos de réis:

I - se ocorre qualquer das hipóteses do parágrafo anterior;

II - se as lesões são recíprocas.

Lesão corporal culposa

§ 6º Se a lesão é culposa: (Vide Lei nº 4.611, de 1965)

Pena - detenção, de dois meses a um ano.

Aumento de pena

§ 7º - Aumenta-se a pena de um terço, se ocorrer qualquer das hipóteses do art. 121, § 4º.

§ 8º - Aplica-se à lesão culposa o disposto no § 5º do art. 121.

Violência Doméstica

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade: (

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos.

§ 10º Nos casos previstos nos §§ 1º a 3º deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no § 9º deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (um terço).

§ 11º Na hipótese do § 9º deste artigo, a pena será aumentada de um terço se o crime for cometido contra pessoa portadora de deficiência.

Fica evidente que os critérios acima em nada dizem respeito às formas da violência contra a criança. Levam em conta a produção de debilidade de membro, sentido ou função, lesão ou enfermidade incurável e deformidade permanente, sem considerar a diferença do impacto destas lesões frente ao adulto e a um ser em desenvolvimento. Considera como grave ainda a

incapacidade para o trabalho, aceleração de parto e aborto, critérios estes exclusivos do adulto.

E, ademais, ignora todas as outras lesões que acompanham a Síndrome da Criança Espancada ou mesmo os outros tipos de injúrias intencionais cometidas contra crianças e adolescentes, sem locais específicos para avaliação das apresentações da violência na infância e adolescência, com peritos não suficientes em número para abarcar a demanda reprimida deste agravo.

Sem a exigência de especialização na área de pediatria para esta prática, tem-se uma realidade em todo país – uma grande incidência de laudos negativos ou inconclusivos de denúncias de violência na infância e adolescência.

Como consequência direta, as vítimas permanecem excluídas dos meios de proteção legal, e seus agressores, dos de contenção e punição.

Há que se notar ainda que, no caso da violência doméstica, onde a vítima é refém permanente de seu agressor, e este seria aquele que teria o dever de cuidar e proteger, a pena pelo crime praticado, com os mesmos critérios diagnósticos, é de 3 meses a 3 anos, bastante inferior àquela cometida por estranhos, que varia de 1 a 8 anos.

Em alguns estados americanos e outros países, tem sido desenvolvidos alguns protocolos para avaliação do risco da violência para crianças e adolescentes, demonstrando uma preocupação universal.

Porém, a maioria dos pesquisados se dirigem especialmente à violência contra mulher, tendo a criança como vítima secundária e não objeto principal, como no CERAP- *Illinois Child Endangerment Risk Assessment Protocol* (CERAP: NSCAW – National Survey of Child and Adolescent Well-Being. Illinois, 2009) que visa prever a possibilidade de recorrência dos maus tratos em curto tempo.

Também protocolos como SARA (*Spousal Assault Risk Assessment*) – risco de violência à mulher, desenvolvido pelo *British Columbia Institute on Family Violence*, prevê a violência secundária para os filhos, mas como consequência da de gênero (Kropp PR & Gibas A. 2010).

Considerando que grande parcela das situações de violência na infância e adolescência são praticadas pela mãe, ou com a conivência desta,

não se pode esperar que elas respondam adequadamente aos questionários diretos mas sim que ocultem ou minimizem o que fazem.

Alguns testes ou protocolos são aplicados pela polícia no momento da intervenção pela passagem ao ato do agressor, e se constituem de questionários dirigido a este, visando prever a probabilidade de nova ocorrência da violência doméstica, como Modelo de Avaliação de Risco, MPS-*Metropolitan Police Services* (RICHARDS, 2003).

Dutton e Kropp analisaram as investigações sobre fatores associados à violência doméstica e identificaram alguns fatores-chave incluídos em muitas listas de indicadores de risco, habitualmente fatores relacionados à história de comportamento agressivo ou anti-social, bem como histórico de abuso na infância, ou constatação de problemas de saúde mental e transtorno de personalidade (DUTTON, KROPP, 2000).

No entanto, para se diagnosticar o risco geral da situação de violência doméstica, há que se investigar muitos outros fatores envolvidos, como por exemplo, não apenas o agressor, mas o casal parental, até mesmo para evidenciar de onde vieram as razões para que este outro aparentemente não violento tenha escolhido seu par violador e, porque permanece e permite a violência contra sua prole.

O tipo de agressão e sua intensidade devem ser cuidadosamente avaliados para direcionar as ações imediatas de proteção para a vítima e, nos que poderiam ter levado à morte, de afastamento do agressor ou agressores. Podem indicar o grau de crueldade e incapacidade de controle daquele que pratica o ato violento, especialmente em se tratando a vítima de seu descendente.

As famílias nucleares e extensas podem se consistir nas melhores defesas da criança ou adolescentes, ou as piores fontes de violência, devendo fazer parte da análise geral da situação de violência na infância e adolescência. A possibilidade de encobertamento ou conivência com o agressor deve ser pesquisada e mesmo, sua participação na violência, o que deixaria a vítima totalmente à mercê de seus violadores.

Outros critérios precisam existir para que se garanta à infância e à adolescência a proteção de que necessitam, substanciando esta proposta de

busca de um caminho para o diagnóstico da gravidade da situação de violência contra crianças e adolescentes.

2.2 A VIOLENCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATRAVÉS DOS TEMPOS

Desde que se tem notícia, a vida frágil e indefesa da criança e do adolescente foi usada como a melhor oferenda a agradar os deuses ou aplacar-lhes a ira, ou, para responder com seu sofrimento aos fracassos e infelicidades do mundo adulto que a gerou.

O ser humano vem ao mundo com um potencial geneticamente adquirido, para ser estimulado, desenvolvido, programado e reprogramado, de acordo com as vontades daqueles que por ele são ou deveriam ser responsáveis.

Do sonho de filiação, que se inicia desde muito cedo, ao brincar de bonecas, a criança desenvolve o desejo de ter seus filhos.

Na adolescência, soma-se ao sonho do casamento e na idade adulta, o de constituir uma família própria.

Os pais vão oferecer à criança sua visão do mundo, constituído por um enxoval de cultura, costumes e conceitos de, ao menos três gerações que os antecederam. Darão a ela um lugar já existente em suas histórias, adaptado ao seu momento, seu desejo, transformado pelas suas memórias e também transtornado pelos seus fracassos.

Toda criança, ao nascer, precisa se encontrar no olhar dos pais, e estes, devem poder enxergar nela exatamente o que ela é, pelo sexo, cor, raça, vitalidade e força. Assim, constituirá seu narcisismo primário, pelo lugar que lhe foi reservado, do bem ou do mal.

A história da civilização traz relatos de muitas formas de violência na infância, sendo até pouco tempo desconhecido no período da adolescência. As crianças eram colocadas para assumir as responsabilidades e funções da vida adulta tão logo entrassem na puberdade, ou, em certas culturas, até mesmo antes.

No início do monoteísmo hebraico, o descrito em Genesis (GENESIS, 4.15) marcou a passagem dos sacrifícios humanos para o dos animais. Segundo este, Deus concedeu a Abraão e Sara a dádiva de um filho na velhice. Na sua pré-puberdade, Deus pediu à Abraão, como prova de fé, o sacrifício deste filho, Isaque. No momento da execução da morte, um anjo deteve o golpe da faca e surgiu entre os arbustos o cordeiro, que foi imolado em seu lugar. Assim, a escolha deste deus único obrigou ao abandono dos sacrifícios de crianças aos deuses por melhor colheita, condições de clima ou sucesso nas guerras.

DeMause L, 1989, retratou a história da infância como uma progressão desde o período clássico, em que as crianças eram frequentemente mortas ou abandonadas, até ao período medieval em que as amas de leite e o “delegar a outros” o cuidar das crianças, era o comum.

Canha (2003) refere, por sua vez, que o infanticídio foi praticado desde a antiguidade como método para a eliminação dos recém-nascidos com malformações congênitas, fracos ou prematuros

Na mitologia greco-romana, a disputa do poder sobre o patrimônio e sobre as mulheres foi pano de fundo para muitas lutas, traições e mortes de filhos pelos pais, demonstrando, desde há muito, o horror do envelhecimento e perda do domínio absoluto frente à juventude dos descendentes (BEPELLI, 2011).

Na tradição hebraica, o domínio da criança por disciplinas rígidas e exigentes fazia parte de suas leis e é do século XIII A.C. uma que instruíam os pais hebreus de como castigar filhos desobedientes e rebeldes. Frente às dificuldades de alguns pais em seguir a lei, ou executar sua função legalmente instituída, o filho era levado a um conselho, que decidiria pela punição a ser aplicada, sendo que esta poderia chegar até à morte por apedrejamento (SANTORO, 2002).

Em Esparta, na Grécia clássica, ao redor do século IX AC, o esperado do nascimento de crianças perfeitas física e mentalmente, como um espelhamento do narcisismo dos pais, era levado a extremos, no princípio da eugenia, com a morte daquelas que não satisfaziam as suas exigências e as do Estado. Este determinava que as crianças fossem educadas com extrema rigidez, tanto meninos como meninas, para atividades físicas e militares de

guerra. Até os dias de hoje usa-se o termo da educação espartana para caracterizar a inflexibilidade e exagero de exigências com a infanto-adolescência, seguida por muitos como critério de condução correta das funções maternas e paternas. Caracteriza-se por um pensamento único e inquestionável, com seu uso na filiação a partir da certeza de que seus valores são os ideais, como há séculos atrás (relatado por CANTU, 1956).

Brisset (1997) refere ainda que em Esparta as crianças saudáveis, do sexo masculino, recebiam treino militar desde tenra idade para defenderem sua pátria, sendo afastadas de suas famílias tão logo conseguissem independência para as atividades da vida diária. Aquelas que possuíam deformidades físicas eram abandonadas a servirem de alimento aos animais selvagens (Canha, 2003).

A civilização romana impôs o conceito da propriedade da criança pelo pai, tanto sobre a vida como também sobre a sua morte, com a institucionalização da lei *patria potestas*. Esta afirmava o poder do pai, como proprietário da sua descendência. Quando nascia, a criança era colocada aos pés do seu genitor, que aceitava ou recusava o direito dela existir, abaixando-se para acolhê-la, ou deixando-a permanecer no solo. Se ao recém-nascido fosse concedido o direito de viver, deveria ser aceito por sua família e a paternidade estaria assegurada, caso contrário, era deixado em local público e condenado a morrer de fome e frio (Brisset, 1997; Piedrahita, 2004).

Em alguns períodos da história de Roma era tradicional que o recém-nascido fosse trazido ao *pater familias*, o patriarca familiar, quem então decidiria se a criança se ia manter e criar, ou se seria deixada a morrer por abandono. As Doze Tabelas da Lei Romana obrigavam-lhe a matar aquela que nascesse com alguma malformação (Radville S., 1974).

A morte de todos os meninos menores de dois anos a mando de Herodes, rei dos judeus, pelo risco presumido da perda do seu trono para Jesus, demonstra a fragilidade da infância e a sua pouca importância em relação à ordem de manutenção do poder pelo adulto (relatado por Souza, 2011).

O Cristianismo, que se iniciou com o sacrifício do filho de Deus, entre os séculos I e V D.C. veio influenciar os costumes e comportamentos do mundo adulto. As crianças passaram a ser vistas como portadoras de um lugar

privilegiado e é deste filho de Deus a frase “Vinde a mim as criancinhas, pois delas será o reino dos Céus”. Com sua valorização, a infância ganhou espaço na vida familiar e os castigos cruéis e filicídio passaram a ser desencorajados (Assis, 1999).

No século IV, o imperador Constantino considerou ao infanticídio um crime, e no ano de 374, Valentiniano determina que se criassem a todos os meninos, pois o abandono de bebês, especialmente de meninas, era comum (Radvillel, 1974).

O reconhecimento da infância se inicia em torno do século XIII e XIV, mas os sinais de sua evolução tornaram-se claras e evidentes, no continente europeu, entre os séculos XVI e XVII no momento em que a estrutura social vigente (Mercantilismo) provocou uma alteração nos sentimentos e nas relações frente à infância (Carvalho, 2003).

Até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la, mas provavelmente, não por falta de habilidade ou de competência. Parece mais provável que a infância não tivesse lugar naquele mundo. (Ariès, 1973).

A cena de gênero reservará à infância um lugar privilegiado: há inúmeras cenas de infância com caráter convencional, aulas de leitura, de música, desenho...nas quais persiste o tema da iconografia religiosa dos séculos XIV e XV, (Ariés, 1973).

A invisibilidade das crianças foi retratada nas pinturas até o século XV, apresentadas em trajes de adulto, com rostos infantis. As crianças eram vistas como adultos em miniatura, incompletos e imperfeitos e a ideia de infância surge no Renascimento e consolida-se no século das Luzes (Iluminismo), quando se separa o “mundo adulto” do “mundo infantil”. (Ferreira T., 2009).

Na Idade Média, a família de origem era responsável pela transmissão da vida, dos bens e dos nomes, não tendo função afetiva (Scodelario, 2002).

Do século XV tem-se registro das primeiras uniões oficiais por amor, onde o desejo do filho viria não como um simples amadurecer da mulher, que como uma árvore, teria seu tempo de dar seus frutos, mas sim como uma continuidade da relação.

A atenção aos cuidados médicos com as crianças e ao tratamento das suas doenças data do início da medicina.

Durante a Idade Média, os conhecimentos médicos dos Gregos e dos Romanos foram preservados e transmitidos pelos médicos árabes, tendo sido impresso o primeiro livro conhecido sobre medicina da criança no século XV (Benzaquén, 2006).

Do povo germânico haviam dois poderes distintos: o matriarcal e o patriarcal, mas o destino das crianças naqueles clãs, como na cultura romana, dependia da vontade paterna (direito de adoção, de renegação, de compra e venda). A criança aceita ficava aos cuidados dos parentes paternos (*agnatos*) e o destino dos bastardos, órfãos e abandonados era entregue aos parentes maternos, especialmente a tios e avós (Costa, 2009).

Sem registro reconhecido de filiação, os Juizados e Varas da Infância lidam com esta realidade até os tempos atuais, cabendo à avó materna, na grande maioria das vezes, o que nasceu sem lugar no desejo de seus pais.

A partir do século XV - XVII tornam-se mais rígidas as fronteiras entre adultos e crianças e é possível identificar, então pelo conjunto das obras de arte, crianças desnudas, como querubins e cupidos, ligando-as ao amor.

Separavam-se as classes, e já na infância, a classe popular servia para a formação de mão de obra, a classe burguesa tinha direito ao ensino regular secundário e para a aristocracia estava destinado o ensino de longa duração, para que se transformassem nos eruditos e mandantes.

No século XVI surgem as primeiras propostas de educação e moralização infantil – preservando as diferenças de classes e no XVII, o ensino apenas para os meninos nobres (Ferreira T).

No século das Luzes, XVII, segundo Chalmel, 2004, as mudanças das representações da infância sob a influência do humanismo passam de imagens sacras para reais. No século XVIII, a pintura de uma infância idealizada esconde a rudeza da vida real das crianças da época.

Pela história da humanidade, as altas taxas de mortalidade infantil faziam com que a criança fosse um investimento de não muito valor. Assim, as da classe alta, ao nascer, eram entregues a amas de leite, que sustentavam várias crianças, em modelos das mães sociais atuais, com a diferença que o leite fornecido era seu. As sobreviventes, depois de passarem em mãos estranhas boa parte de sua infância, quando não mais dependentes para os cuidados de vida diária, seriam dignas de frequentar a vida da família paterna.

No entanto, teriam já aprendido com estas pessoas estranhas aos seus de sangue, seus valores, cultura e crenças.

Na França dos séculos XVII e XVIII, tanto pelas doenças como pela negligência e mesmo o abandono, a morte da criança era coisa banal. Conforme os dados apresentados por Lebrun, 1976, a mortalidade das crianças menores de um ano era sensivelmente superior a 25%.

Segundo Badinter, para muitos pais os filhos eram obstáculos que atrapalhavam sua vida social, emocional, conjugal e econômica. Nas famílias menos abastadas, o fator que mais influenciava era o econômico. Assim, muitas crianças eram abandonadas em orfanatos, ou entregues a uma ama-de-leite ou, eram mortas.

O poder da vida e da morte dos filhos sempre esteve no domínio dos pais e a eles era dado o direito de aceitar ou não a filiação que a mulher lhe apresentava como sua. Caso a criança recém-nascida não correspondesse às expectativas de aparência, semelhança, sexo e vitalidade, era do direito paterno sua recusa e condenação à morte.

Na América do Sul, logo após a sua descoberta nos anos 1500, as crianças nativas eram batizadas e mortas pelos jesuítas, com a justificativa oferecida de que assim se garantiria àquelas pecadoras o reino dos céus. Em verdade, tratava-se de processo de extermínio em massa de um povo e sua cultura, para domínio das terras e riquezas naturais. Encobria-se a violência extrema sobre os mais frágeis, com a justificativa nobre de ser um método efetivo de purificação, executado sob o dito comando de um deus, não diferente de outras culturas que os precederam.

No século XVIII aceitou-se o ensino para meninas. Nesta data tem-se registro de que passou a ser proibido que fossem colocadas a dividir a cama com os pais, criados, irmãos ou amigos. Um rígido código de conduta foi estabelecido na escola e na família para salvaguardar seu estado de inocência “natural”. Caberia à ciência aprimorar o homem e a relação deste com a natureza, através da tecnologia que ele seria capaz de produzir (Algranti L. 1996).

Na Espanha fundou-se a Pediatria como especialidade médica e o termo propriamente dito - "pediatria" como o cuidado com as crianças surgiu em 1872.

Um novo olhar passou a ser dirigido à criança, não mais como um ser incompleto, mas perfeito a cada fase de seu desenvolvimento e, por isto, com necessidades especiais (Ferrari, 2002b).

Visava-se o orgânico e pouco se sabia do psíquico, nem das repercussões que o “bem ou mal cuidar e educar” adulto poderia deixar nestas crianças.

Com as perspectivas inovadoras das razões do desenvolvimento humano e da descoberta do inconsciente, por Sigmund Freud, no final do século XIX e início do século XX, passou-se a observar melhor as reações das crianças e procurar razões para elas (Freud, 2004).

Após o final das duas grandes guerras mundiais, nos anos de 1945, seguiu-se um novo período para a infância, pela necessidade de se renovar a população perdida, fazendo com que outros conceitos de proteção e direitos começassem a ser discutidos.

O problema dos direitos fundamentais da pessoa humana foi posto em debate e a Organização das Nações Unidas foi criada para que fosse promovida uma ação conjunta e permanente dos Estados em defesa da paz. Promulgou-se a Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948 (ONU, 1948) .

Foi necessário que os modelos de família europeu e americano se adaptassem à falta da figura masculina e assim, muitas mulheres continuaram à frente como provedoras e chefes de novas formas de núcleo familiar, sem a participação do homem na função paterna ou de provedor.

Em novembro de 1959 foi assinada pelos países constituintes da ONU, como o Brasil, a Declaração Universal dos Crianças, que inicia declarando direitos à igualdade, sem distinção de raça religião ou nacionalidade.

A função paterna perdeu espaço e muitas mães foram obrigadas a deixar seus filhos para promover o sustento de todos os seus. Diferentes estruturas familiares passaram a se formar, com a terceirização do cuidar e educar.

Surgiu a psicologia evolutiva (Barkow, Comides, 1992) e a psicanálise da criança introduziu novos conceitos sobre o desenvolvimento do sujeito psíquico, bem como das carências maternas e do abandono.

Todavia, ainda muito pouco deste conteúdo tem chegado ao conhecimento da sociedade civil e mesmo da científica.

2.3 APRESENTAÇÕES DA VIOLÊNCIA

Violência ou abuso contra a criança ou adolescente é toda ação ou omissão, por parte de adulto ou adolescente com maturidade física e (ou) psíquica mais adiantada, que tem a intenção, consciente ou não, de lhe provocar dor, seja ela física ou emocional (Pfeiffer, 2004).

Quando este agressor mantém com a criança ou adolescente algum vínculo de responsabilidade, parentesco, dependência, convivência, afeto ou confiança, caracteriza-se o crime de Maus Tratos, descrito no artigo de número 136 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

Na infância e adolescência, habitualmente, ocorre dentro das próprias residências, sendo os agressores mais frequentes os pais ou aqueles que ocupam seu lugar, como madrastas, padrastos, companheiros, seguidos pelos avós, tios, padrinhos, irmãos mais velhos e outros do núcleo de convivência da criança.

Incluem-se nas definições de Maus Tratos toda e qualquer violência praticada por outros cuidadores, como das instituições de acolhimento, creches, unidades de educação infantil, escola e outros, onde a relação de submissão e fragilidade da vítima a coloca à mercê de seus agressores (Pfeiffer, 2004).

Por sua extrema dependência ao mundo adulto, frente a uma violência extrafamiliar, há que se avaliar a possibilidade de negligência, conivência ou até mesmo impotência destes responsáveis frente aos agressores, para que se defina a melhor forma de tratamento e proteção da vítima.

Na infância o ser humano absorve todos os valores pessoais de como se relacionar com o outro, com o mundo que o rodeia e com ele mesmo.

São conceitos que indicam seu lugar na família e sociedade, e também morais e éticos, os quais irão determinar a constituição de seu inconsciente e a forma de estruturação de sua personalidade.

As injúrias intencionais contra a criança não reconhecidas, impedidas e (ou) não tratadas, deixam marcas na formação da estruturação física e emocional do indivíduo, provocando falhas em suas conexões de memória, imprimindo valores distorcidos no seu psiquismo em desenvolvimento. Compõem um conjunto de danos que irão influenciar suas ações, reações, impulsos e escolhas para o resto de sua vida.

Existem indicações de que o desenvolvimento cerebral pode ser fisiologicamente alterado por situações de estresse prolongado, envolvendo maus tratos durante os primeiros anos de vida. Tal alteração no desenvolvimento do cérebro pode afetar negativamente o crescimento físico, cognitivo, emocional e social (Cardon, Pfeiffer, 2005).

A violência dos mais fortes sobre os mais fracos sempre acompanhou a história da humanidade, sendo utilizada nos mais diversos níveis e formas de relacionamento, quando se perde o poder da argumentação e a voz da razão, restando apenas a força do medo e do sofrimento.

Pode ser impetrada contra uma pessoa de várias formas e por vários agentes, a grupos de pessoas ou a grandes massas populacionais, como resultado da necessidade de manutenção da vantagem sobre o outro, a qualquer custo para este.

Não é característica de nenhuma classe social ou etnia, pois ocorre em todos os níveis sociais, culturais, em todas as raças, credos políticos e religiosos (Pincever K. et al, 2008).

É possível classificar as apresentações da violência na infância e adolescência como extrafamiliar (praticada fora do âmbito familiar e residência da vítima), violência doméstica e a auto-agressão, consequência direta das anteriores, especialmente da última, visto sempre criar uma condição de culpa naquele que sofre e busca razões para tal.

A importância desta classificação, especialmente na infância e adolescência, está na identificação do agressor ou agressores, para que se possa instituir medidas eficientes de tratamento e proteção.

Assim, com base na origem e responsável pela situação de violência, tem-se suas ramificações, como apresentado no quadro 1.

QUADRO 1 - APRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Violência Extrafamiliar
<ul style="list-style-type: none"> • Violência institucional • Violência social • Violência urbana • Macro violência
Auto-agressão
Violência Doméstica ou Maus Tratos
<ul style="list-style-type: none"> • Violência Psicológica • Violência Física • Violência Sexual • Omissão do Cuidar – Negligência • Síndrome de Munchausen por Procuração • Filicídio • Violência Química

FONTE: PFEIFFER (2011)

2.3.1 Violência Extrafamiliar

Define-se como violência extrafamiliar todas as formas de agressividade praticada contra pessoas fora do local de sua moradia, não se levando em conta o perfil do agressor, mas sim onde a violência ocorre.

Dados epidemiológicos indicam, no que se refere à infância e adolescência, que a maioria dos agressores se caracterizam como pessoas que mantêm com a vítima algum laço de afeto, coabitação, dependência ou vizinhança, mesmo nas ocorrências fora de sua moradia (Pfeiffer, 2006).

Esta característica deve sempre ser levada em conta quando se avalia a gravidade e o risco da violência para com a criança ou adolescente.

Apenas uma pequena parcela dos casos de violência extrafamiliar nesta faixa etária, acontece com a participação de estranhos à vítima, habitualmente já na adolescência tardia, em quadros associados à violência urbana.

Nesta apresentação de violência incluem-se a violência institucional, a social, a urbana e a macro-violência.

2.3.1.1 Violência institucional

Embora aparentemente muito evoluídas quanto aos direitos da criança e do adolescente, grande parte das instituições, especialmente de acolhimento, ainda tratam seus abrigados como cidadãos de segunda ou terceira categoria, oferecendo-lhes o mínimo necessário. Muito pouco avaliadas ou supervisionadas, com carência de vagas e profissionais habilitados, permanecem com credibilidade questionável.

Parece existir uma posição conformista e confortável da sociedade em geral frente a esta violação dos direitos da infância e adolescência, como se o fato de estar abrigado e receber alimentos de um terceiro, seja ele pessoa física, jurídica ou o próprio Estado, criasse uma dívida tácita do “protegido” com seu protetor ainda maior que na relação distorcida com seus pais ou responsáveis (Pfeiffer, 2006b).

O alto preço a pagar por esta “proteção” torna-se ainda mais perverso se levado em conta que as situações de abrigo geralmente se dão em circunstâncias de total desamparo e dependência da vítima, que em se tratando de menor de idade legalmente, não tem nem o poder nem a possibilidade da escolha ou de qualquer questionamento (Pfeiffer, 2006b).

A violência institucional, por ser praticada por aqueles que detêm a guarda temporária da criança ou adolescente, seja para fins educacionais, de saúde, guarda, lazer, judiciais ou de acolhimento, em muitos casos, pode assumir proporções muito mais sérias, uma vez que pode ser cometida tanto por uma única pessoa ou por um grupo de indivíduos, dentro de seu papel de cuidadores ou defensores (Pincever K. et al., 2008)

Sem qualquer suporte de afetividade e (ou) proteção, implica em consequências ainda maiores, pois se trata de uma segunda, terceira, ou enésima falha do mundo adulto para com aquela criança ou adolescente.

2.3.1.2 Violência social

Caracteriza-se pela ausência de suporte biopsicossocial mínimo a uma pessoa, grupos de pessoas ou a toda uma população, mantida pelas grandes desigualdades estruturais.

É definida como todas as formas de relações, ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos

físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros (Souza E., Jorge M., 2004).

Forma indivíduos habilitados tão somente à tentativa de sobrevivência, sem que lhes seja dada a oportunidade de obter o necessário em nutrição, higiene, saúde, educação e ou moradia.

Considerada pela sociedade e usada pelos poderes políticos como a origem da violência doméstica e não como forma de violência primária, por sua magnitude, tem servido para acobertar o manto do descaso e ignorância dos governantes e população em geral.

Seria óbvio se deduzir que para aquele que vive apenas para sobreviver, pouco lhe restaria em questão de valores de família e de responsabilidades com os mais frágeis.

As notificações de violência contra crianças e adolescentes acontecem em maior frequência nas classes menos favorecidas socialmente pelo próprio direcionamento das políticas de saúde pública. Segundo Niskier, 2012, os maus-tratos, abuso ou violência doméstica são mais visíveis nas camadas populares empobrecidas que, utilizando os serviços públicos de saúde como ambulatorios e serviços de emergência, de assistência social e outros, conferem maior visibilidade a esses eventos. Aponta ainda para que, nas classes economicamente favorecidas, o sigilo que envolve as agressões é garantido em consultas particulares, seja com médicos, psicólogos e outros profissionais em serviços privados.

E, quebrando todos os paradigmas que ligam a violência doméstica pura e simplesmente à pobreza, impressiona o fato de, mesmo em situações de extrema miséria, é possível encontrar mães e, com menor frequência, pais, que ainda conseguem se preocupar com o bem estar e segurança dos filhos.

2.3.1.3 Violência urbana

Cada vez mais frequente e visível em todos os níveis sócio-econômicos e culturais é a amostragem da expansão do comportamento violento, das portas dos lares de família para a rua, representando o fracasso de toda a sociedade no repasse de valores morais saudáveis à infância e adolescência (BRASIL, 2010).

Como demonstração da carência de repasse de valores pessoais, morais e éticos pela família, sociedade e estado aos que crescem em meio a todos os tipos de violência, é sustentada pela ausência de políticas eficientes de abordagem, diagnóstico e tratamento da violência doméstica, dentro de uma cultura que silencia frente a ela.

Tem deixado seu maior custo para ser pago em conjunto pela sociedade, que ao mesmo tempo em que a repudia, é escravizada por ela, tornando-se vítima permanente desta forma secundária de violência (BRASIL, 2010).

2.3.1.4 Macro violência

Trata-se da violência aplicada pelos grandes poderes a parcelas da população, seja pela forma direta e dirigida das guerras, seja pelo extermínio a grupos étnicos, religiosos ou raciais.

Permanece velada pela na maneira indireta de agir, pelo controle financeiro, de bloqueios ao desenvolvimento sócio ambiental, de impedimento à propagação da cultura e dos meios disponíveis para melhoria da qualidade de vida do ser humano.

Apresentada como guerras ou confrontos idealistas ou religiosos, como a séculos atrás, desafia e desrespeita todos os conceitos de dignidade humana, bem como a suportabilidade e inteligência de quem é obrigado a assisti-la, mesmo à distância (Pfeiffer, 2004).

Faz uso impune e exibicionista das formas mais cruéis de violência, praticadas e aceitas de forma conveniente ou conivente em todo o mundo, como nas histórias infantis e dos filmes para adultos, onde o objetivo aparente do bem justifica todo mal maior cometido.

Teoriza a política da paz como razão, mas cultua a manutenção da guerra, criando não mais apenas corpos fortes e mentes fracas, destinados aos campos de batalha como na Grécia antiga, mas escolhendo mentes poderosas, destinadas a criar as melhores e mais radicais armas de extermínio de pessoas.

Deixa ver que muito pouco da violência mudou através dos séculos, pois o que tem acompanhado a humanidade, como desde sempre, é a submissão ao poder, sempre do mais forte sobre os mais fracos.

Cria uma audiência que se vicia na tragédia, fabrica valores distorcidos, lesando a formação moral e social das crianças e dos adolescentes, não apenas daqueles diretamente envolvidos nos conflitos, como de todos os outros que assistem a violência e, a passividade de seus responsáveis frente a ela, num modelo de aceitação e impotência, a ser interpretado, em muitas situações, como de conivência.

2.3.2 Auto-Agressão

Define-se a auto-agressão em crianças e adolescentes como a busca por eles, de forma constante, objetiva, inconsequente e progressiva, de situações de risco, ou da execução das atividades rotineiras de maneira frequentemente perigosa, ou ainda, pela necessidade, habitualmente inconsciente, de causar dor a si mesmo, sendo seu grau máximo, o suicídio (Cardon, 2005).

Trata-se de manifestação de autopunição, necessidade esta gerada por culpas de situações negativas vivenciadas, seja na violência direta ou indireta nos conflitos entre o casal parental.

São crianças e adolescentes que trazem consigo as marcas do sofrimento por não terem sido suficientes para o amor dos pais, ou acreditarem que foram causa dos seus fracassos e frustrações.

Os sentimentos que restarão guardados em memórias, determinando uma vasta possibilidade de maus tratos a si mesmos, nem sempre serão reconhecidos pelo auto agressor como tal.

Caracterizam-se por atitudes e condutas marcadamente desarmônicas, envolvendo várias áreas de funcionamento, como por exemplo, da afetividade, da excitabilidade, controle de impulsos, modos de percepção e de pensamento, levando a estilos distorcidos de relacionamento com os outros e consigo mesmo (Cardon, 2005).

Encontram-se nestes comportamentos as lesões factícias, como o produzir feridas, escarificações, cortes, marcas, cicatrizes ou outros tipos de lesões em si mesmo.

As apresentações da auto agressão podem surgir sob a forma dos transtornos psicossomáticos, descontrole de esfíncteres como a enurese e encoprese (Janin B., 2011), alimentares e nutricionais como a obesidade mórbida, anorexia nervosa e bulimia.

Também a pouca ou ausência de resposta a tratamentos de doenças de fundo alérgico, como as dermatites atópicas ou asma de difícil controle, deve ser visto como uma possível apresentação da auto-agressão.

O abandono, desinteresse ou negligência de tratamentos a doenças crônicas e (ou) graves na adolescência, nem sempre conscientes, são de extremo risco, pois configuram um desejo de morte.

2.3.3 Violência Doméstica

Há que se considerar a violência contra crianças e adolescentes uma das principais matrizes formadoras de estruturas distorcidas de personalidade. Nestas, os caminhos para maltratar, no presente ou num futuro próximo, seus companheiros de escola, seus irmãos, parentes, amigos, seus filhos do amanhã, desconhecidos anônimos, pequenos grupos ou grandes populações, ou mesmo ele próprio, estariam sendo construídos.

As situações de violência, em especial a doméstica, têm efeito deletério duplo na infância e adolescência, pois além do ato agressivo em si, rompe a relação do estímulo ao desenvolvimento, que se dá na observação pela criança das manifestações de satisfação do adulto por suas ações (Cardon, 2005).

Pode exceder sua possibilidade de compreensão e elaboração intelectual e afetiva da criança ou do adolescente, que toma a motivação do ato excessivo do adulto como sido causada por algum erro seu.

Como consequência, há uma perda progressiva de seu amor próprio e autoconfiança.

Levam a atraso ou regressão do desenvolvimento psicomotor, evoluindo para os distúrbios de aprendizagem e dificuldades de socialização, até a delinquência e auto destruição, com redução global de sua capacidade de lutar pela vida (Pfeiffer, 2004).

A violência doméstica pode atingir diretamente as crianças e os adolescentes, como alvos fáceis da ira e força do adulto socialmente instituído na função de “responsável” e com poderes legais para tal, antes ditos pátrios poder, hoje poder familiar.

De fácil ocultamento pela fragilidade e dependência das vítimas, também ocorre indiretamente, quando são expostas a cenas de agressões físicas ou psicológicas entre os pais, cuidadores, outras pessoas de seu relacionamento ou da família.

A agressão infligida por aqueles que teriam o papel do cuidar e proteger, oferecendo o exemplo dos códigos de bom relacionamento, pode desestruturar a formação da personalidade em desenvolvimento da criança e do adolescente.

Impede a apreensão de valores morais positivos ou os destrói, fazendo com que o respeito a si mesmo e ao outro não seja aprendido ou apreendido.

Na maneira assim ensinada de lutar pela vida, nestas crianças e adolescentes, pode prevalecer a memória incrustada e nem sempre clara, do uso inconsequente e incoerente do poder do mais forte contra o mais fraco, onde a força substitui a capacidade ausente ou destruída da busca da razão através da ponderação e argumentação.

Sigmund Freud, em 1926, em sua publicação “Inibição, Sintoma e Angústia”, comenta que:

A base da educação não é o amor somente, mas também a dependência infantil, causada pelo desamparo da infância. O ser humano é reinfetado (mantido como feto) a partir do nascimento e até os dois anos de idade ele precisa da interpretação dos outros para suas necessidades (Freud, 2004).

A boa vontade e interesse do cuidador que bem interprete as necessidades deste ser em desenvolvimento, dando-lhe amparo, ensino, segurança e modelo para sua constituição psíquica, facilitará à criança a aceitação das possibilidades e renúncias para a vida em sociedade.

Ao contrário, as consequências e riscos de um relacionamento através da violência deixará suas marcas e, quanto mais precoce, intenso ou prolongado o abuso, maiores e mais permanentes os danos.

Classicamente, se define a natureza da violência na infância e adolescência em violência física, psicológica, sexual, negligência ou omissão do cuidar (Sociedade Brasileira de Pediatria et cols. Guia de Atuação Frente a Guia de Atuação Frente a Maus-tratos na Infância e Adolescência, 2005).

No entanto, outras apresentações da violência na infância e adolescência surgem como conjunto ou consequências das primeiras, pouco aceitas ou pensadas pela população leiga e profissional, ainda que notícia frequente na mídia, sustentadas pela tragédia como no filicídio, não são raras.

Também, como forma reconhecida de maltrato, com característica especial por ter interface direta com profissionais da saúde, pois são eles os instrumentos utilizados pelos agressores para aplicação da violência contra a criança e adolescente, encontra-se a Síndrome de Münchausen por Procuração.

Com o mesmo mecanismo, via profissionais de saúde, nas duas últimas décadas vem surgindo outra apresentação da violência, generalizada e universal, constituída pela agressão através do controle ou punição por meio de amarras químicas dos psicofármacos.

Induzida por aqueles que deveriam ter o dever e a capacidade do cuidar e ensinar, como pais e professores, levando a diagnósticos falsos ou superficiais de transtornos mentais, a medicalização da infância e adolescência vem tomando proporções assustadoras desde a invasão da psicofarmacoterapia aos receituários da pediatria, neurologia e psiquiatria ditas infantis.

Nesta pesquisa, nas avaliações das crianças e adolescentes vítimas, esta nova forma de violência surge na grande maioria dos casos e foi denominada pela pesquisadora como “Violência Química”.

Tem sido imposta a crianças e adolescentes pelo mundo adulto impaciente e intolerante, quando não violador explícito, tendo o profissional médico como instrumento da agressão, a receitar medicação psicoativa para anestesiar as reações normais ao sofrimento.

Para alguns responsáveis em que os castigos corporais e psicológicos já não bastam, ou porque não seriam socialmente tão bem aceitos como em gerações anteriores, os psicofármacos tem sido procurados como forma de controle e submissão de sua prole (Volnovich JC, 2007).

Por se tratar de apresentações da violência contra crianças e adolescentes em geral, serão descritas no capítulo seguinte, em natureza da violência.

2.4 NATUREZA DA VIOLÊNCIA

Estão aqui definidas as formas mais comuns de violência aplicada à criança e adolescente, tanto no âmbito doméstico como no institucional e urbano, que apresentam características próprias pela fragilidade física e psíquica da vítima e também por suas consequências desastrosas neste ser em peculiar fase de desenvolvimento.

Esta classificação pretende oferecer, até mesmo para o olhar leigo mas especialmente aos profissionais da saúde e particularmente ao pediatra, sinais e sintomas específicos que possibilitarão o diagnóstico das principais formas de violência na infância e adolescência. São elas: Violência Psicológica ou Psíquica, Física, Sexual, Omissão do Cuidar ou Negligência, Síndrome de Münchausen por Procuração, Filicídio, Auto agressão e Violência Química.

2.4.1 Violência Psíquica ou Psicológica

Na forma isolada de violência psíquica ou psicológica, identifica-se o uso de atitudes ou atos verbais com intuito, consciente ou não, de agredir emocionalmente a criança, seja através de humilhações, depreciações, culpabilização, desafeto, responsabilidade excessiva, impedimento à socialização ou lazer, ou outros, numa relação desigual de poder, seja pelo domínio psíquico, de linguagem, mando ou força.

Esta agressão psíquica na infância tanto pode desencadear sintomas agudos de sofrimento, como vai progressivamente bloquear ou impedir etapas do desenvolvimento, num processo crônico que deixará sequelas em vários níveis de gravidade.

Surgem como sinais de angústia e ansiedade que acabam por determinar desvios do comportamento esperado para aquela faixa etária, desvios estes que habitualmente incomodam o mundo adulto e motivam a procura dos serviços de saúde.

Necessitam de um diagnóstico e tratamento apurado da causa, para que não se vitime mais uma vez a criança, imputando a ela a responsabilidade de seus sintomas desencadeados pela violência sofrida.

As marcas físicas e psíquicas da violência podem ter sérias implicações no desenvolvimento da criança, na sua saúde e capacidade de aprendizagem.

Alguns estudos (Felitti et als. 1998) mostraram que a violência na infância está relacionada a comportamentos de risco no futuro, tais como o consumo de tabaco, o abuso de álcool e drogas, inatividade física e obesidade.

Apontam também para que estes comportamentos contribuem para algumas das principais causas de doença e de morte do adulto, como os problemas cardiovasculares, depressão e suicídio.

Há que se considerar, no entanto, que todas as outras formas de violência, seja ela física, sexual, química, Síndrome de Münchausen por Procuração ou omissão do cuidar (negligência), também vão levar a vários níveis de sofrimento psíquico. Determinam sinais gerais comuns a todas elas, que dizem respeito à agressão ao psiquismo de um ser humano em peculiar fase de desenvolvimento.

Estes podem ser notados logo após o nascimento, mesmo ainda quando não existe o controle da linguagem pela criança, que reage de acordo as suas possibilidades de entendimento, absorção e elaboração das angústias e ansiedades a que é submetida.

Nos quadros 2 a 6 estão apresentados os sinais e sintomas mais frequentes de violência psíquica que devem ser identificados se consequentes a esta agressão de forma isolada ou às outras formas de violência.

Estão colocados por faixa etária para indicar a maior possibilidade de aparecimento de cada um deles, porém devem ser vistos como de valor genérico e sempre acumulativo.

Esta avaliação, no entanto, não deve ser feita de forma rígida ou estanque, pois o surgimento das reações às angústias e ansiedades advindas do sofrimento dependerá da estrutura física e psíquica de cada criança e dos estímulos, benéficos ou não, que recebe do mundo adulto que a rodeia.

2.4.1.1 Sinais gerais de violência – violência psíquica ou psicológica

Já na gravidez é possível identificar alguns sinais de alerta para desvinculação mãe-bebê como indicadores de risco ou até mesmo como situações de violência e, portanto, os cuidados na sua prevenção devem ser adotados desde o início da gravidez.

O acompanhamento pré-natal deve atentar para o bem estar fetal em todas as suas necessidades, atuais e futuras, como um direito do nascituro à vida saudável e digna.

Deve-se considerar como uma criança de risco para a violência familiar aquela resultado de uma gravidez não planejada e não aceita, ou acompanhada de fatores de risco para mãe ou feto.

São situações que podem desencadear um menor investimento físico e emocional ao filho que traz à mãe dor ou transtornos, ou ainda o medo da perda.

A identificação de violência familiar ou de gênero, bem como da presença de distúrbios de comportamento, depressão ou ainda outras doenças mentais em um dos genitores, ou da depressão pós parto e psicose puerperal na mãe, deve ser interpretada como sinal de risco eminente ao feto e ao recém nato.

Também este histórico nas anamneses de consultas de rotina ou de acompanhamento pediátrico em outras idades, deve ser levado em conta como risco mantido, caso estas situações não tenham sido interrompidas e tratadas.

Desta forma, considera-se como sinais de alerta para desvinculação mãe-bebê, os indicadores relacionados no Quadro 2.

QUADRO 2 - SINAIS DE ALERTA PARA DESVINCULAÇÃO MÃE-BEBÊ NA GRAVIDEZ

- Não aceitação da gravidez
- Não reconhecimento da paternidade
- Falta dos preparativos habituais para o acolhimento do filho
- Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do próprio feto
- Dificuldades constantes ou desinteresse em acompanhar o pré-natal
- Não seguimento dos tratamentos ou recomendações médicas propostas
- Referências negativas ao filho, como frequente causador de situações desagradáveis, como dor, cansaço extremo, abandono de metas e ideais, de dificuldades financeiras, ou do relacionamento do casal
- Demonstração de intenção de deixar para cuidados de terceiros
- Desejo de abandono seja pela falta do cuidar seja para colocação em adoção
- Tentativa de abortamento

continua

FONTE: PFEIFFER (2008)

Embora o Código Penal Brasileiro ainda não reconheça o nascituro como um sujeito de direito, condenando apenas o aborto como crime, as atitudes maternas que possam levar ao dano fetal devem ser consideradas como situações de violência física e psíquica e, sua identificação deve desencadear medidas de denúncia e proteção.

Como exemplo, estão o uso de drogas, a falta de acompanhamento a tratamentos de doenças gestacionais, submissão à violência de gênero ou outras que possam lesar o desenvolvimento fetal.

No lactente, a dificuldade excessiva para a maternagem, com a demonstração de insegurança constante, recusa em amamentar, cansaço persistente, queixas exageradas frente às demandas da criança devem desencadear avaliação mais cuidadosa.

A suposição injustificada de doenças, evidenciando vários níveis de dificuldade até a impossibilidade do cuidar, são fortes indicadores de distúrbios da vinculação da mãe com seu filho e, em consequência, fatores de risco para a violência.

A criança irá reagir às dificuldades dos pais, ou à violência explícita, demonstrando sua ansiedade com os sinais apontados no quadro 3.

QUADRO 3 - SINAIS DE ALERTA DE DESVINCULAÇÃO MÃE-LACTENTE

- Choros desmotivados e constantes
- Irritabilidade frequente
- Olhar indiferente, apatia
- Demonstrações de desconforto quando no colo
- Dificuldades progressivas na amamentação podendo chegar à recusa alimentar
- Vômitos persistentes, resistentes aos tratamentos habituais
- Distúrbios do sono
- Dificuldades de socialização
- Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas
- Sinais de agressividade
- Medos direcionados a objetos, sons, atitudes, e ou ao que caracteriza determinado sexo ou pessoa
- Atraso do desenvolvimento

FONTE: PFEIFFER (2008)

Habitualmente, até o terceiro ano de vida, a criança tem pouca capacidade de entendimento e elaboração do que lhe é oferecido como forma de relacionamento ou cuidar, aceitando pacificamente os diversos tipos de violência como forma normal de convivência.

Como depende do mundo adulto para sua sobrevivência física e psíquica, reage a ele pelo que lhe é ensinado, seja pelo que recebe, seja pelo que vê e percebe.

Desta forma, passa a agir com os outros de seu relacionamento, seja com os que a agridem, seja com os que participam de sua vida, independente da idade, reproduzindo a forma como é tratada, ou, ao contrário, se colocando também à mercê destes outros, no lugar de vítima que a ensinaram a ocupar.

Com o domínio crescente da linguagem e também da percepção do mundo externo, a criança passa a absorver com maior intensidade os estímulos que recebe, sejam eles bons ou maus, mas ainda sem condições psíquicas de compreender e elaborar o que a impressiona. Os sintomas mais frequentes de desvinculação dos pais e filhos na primeira infância estão enunciados no quadro 4.

QUADRO 4 - SINAIS E SINTOMAS PSÍQUICOS DE VIOLÊNCIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

- Irritabilidade ou choro frequente sem causa orgânica aparente
- Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites
- Comportamentos extremos, de agressividade ou apatia
- Tendência ao isolamento
- Tristeza constante
- Sinais de ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, objetos ou situações
- Atraso no desenvolvimento da fala, dificuldades com palavras ou sons específicos, dificuldades de comunicação
- Gagueira
- Distúrbios do sono
- Tiques ou manias
- Baixa auto-estima e autoconfiança
- Dificuldades em controlar esfíncteres
- Afecções de pele freqüentes, sem causa aparente
- Aumento injustificável da incidência de doenças, especialmente as de fundo alérgico
- Perdas ou regressão de etapas de desenvolvimento já atingidas
- Atraso de desenvolvimento psicomotor

FONTE: PFEIFFER (2008)

Os sinais gerais de violência, ou de violência psíquica isolada, vão depender se as agressões iniciaram nesta idade ou representam uma continuidade do abuso já sofrido, ou ainda, se consequentes a sequelas de violências anteriores não tratadas.

Nas duas últimas situações, os sintomas apresentados pela criança são sempre crescentes e cumulativos, levando a maior prejuízo pela ação negativa que desvia, bloqueia ou impossibilita o desenvolvimento atual, tanto pela agressão em si como também pelas faltas ou falhas das etapas evolutivas anteriores.

Assim, além do anteriormente mencionado, há que se considerar como sinais e sintomas de violência psíquica para a criança e o adolescente, o descrito no quadro 5.

QUADRO 5: SINAIS E SINTOMAS DE VIOLÊNCIA PSÍQUICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

- Enurese
- Encoprese
- Dificuldades de socialização
- Pesadelos frequentes, terror noturno
- Deslocamento da atenção
- Sintomas de hiperatividade
- Distúrbios de aprendizagem até o fracasso educacional
- Comportamentos obsessivos
- Atitudes compulsivas
- Destrutividade
- Auto-destrutividade
- Comportamento de risco levando a grande incidência de traumas
 - Envolvimento com outras situações de violência
 - Fracasso na escolaridade
 - Uso de drogas
 - Automutilação, escarificações
 - Piercings* e tatuagens com alteração de fenótipo
 - Desejo de morte
 - Suicídio

FONTE: PFEIFFER (2008)

2.4.2 Violência Física

Considerando-se violência física como toda ação que pelo uso da força possa levar a um dano ao organismo de uma criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes, existem certas características das lesões intencionais que, quando presentes, levam ao seu diagnóstico.

De acordo com o tipo de instrumento utilizado, intensidade e local do trauma, distribuição da lesão, é possível identificar sinais gerais, comuns aos diversos tipos de violência física e sinais específicos, dependentes do mecanismo da aplicação do trauma, intensidade, meio ou instrumento utilizado e frequência.

2.4.2.1 Sinais gerais de violência física

É preciso inicialmente afastar a possibilidade de que as lesões ou cicatrizes apresentadas pela criança sejam consequentes a traumatismos não intencionais, mais encontradas nas áreas mais expostas do corpo e que obedecem ao princípio da atividade frontal do ser humano. Acontecem com maior frequência em áreas de extensão e de maior proeminência (que primeiro chegam ao chão), como fronte, nariz e queixo, palma de mãos, área de extensão de braço e cotovelo, região anterior de perna, ponta do pé. Também no dorso, estão mais expostas aos traumatismos ditos acidentais a região de nuca, escápulas e maior proeminência de nádegas.

A diminuição da acuidade visual, ou distúrbios de coordenação motora devem fazer parte do diagnóstico diferencial com as lesões intencionais.

Há que se suspeitar de violência física, além dos sinais e sintomas decorrentes dos danos psíquicos já citados anteriormente, quando a criança ou adolescente apresentar algum dos sinais listados no quadro 6.

QUADRO 6 SINAIS GERAIS DE VIOLÊNCIA FÍSICA

- Histórias inconsistentes para explicar o trauma ou conflitantes entre os responsáveis ou entre eles e a criança, ou mesmo que vão sendo contadas de formas diferentes com o decorrer do tempo
- O atraso na procura de atendimento ao trauma deve ser interpretado como um sinal, no mínimo de negligência e (ou) de tentativa de ocultação da violência ou ainda, de manter a lesão sem tratamento para provocar maior dor.
- Lesões ditas como “acidentais” não compatíveis com a idade ou desenvolvimento psicomotor da criança: como fraturas de crânio em crianças abaixo de 4 meses, que ainda não têm capacidade de rolar ou se arrastar, com história de queda accidental do trocador ou berço
- Lesões que não combinam com o acidente relatado: fraturas de fêmur em crianças abaixo de quatro anos, dita como consequentes a queda de bicicleta – ela não teria capacidade de andar em bicicleta tão alta da qual a queda poderia provocar um trauma tão intenso a ponto de provocar uma fratura

continua

- Lesões em vários estágios de cicatrização ou cura: evidenciando traumas sucessivos – como a presença de hematomas em áreas diversas e com colorações diferentes, ou o encontro de fraturas recentes e antigas
- Lesões bilaterais ou simétricas: indicando ao menos dois traumas sucessivos ou um preparo para provocar a lesão – lesões bioculares, fraturas de crânio bilaterais, fraturas simétricas de costelas, sem acontecimento de grandes traumatismos, como acidentes de trânsito
- Lesões em áreas habitualmente cobertas ou protegidas do corpo, como regiões laterais de tronco, interna de braços ou coxas, região perineal ou genital, pescoço, axilas

FONTE: PFEIFFER (2008)

2.4.2.2 Sinais específicos da violência física

2.4.2.2.1 Lesões de pele

São as lesões diagnosticadas com maior frequência, havendo características próprias que as diferenciam das lesões não intencionais, como:

- Lacerações, eritemas, hematomas ou queimaduras que reproduzem o instrumento agressor, como os semi-círculos, nas surras com fios de luz dobrados; lesões lineares duplas, provocadas pela tira do cinto; lesões que evidenciam a marca dos dedos, nos tapas e socos; queimaduras circulares, mais profundas ao centro, causadas por cigarro;
- lesões em áreas cobertas ou protegidas do corpo, como pescoço, parte lateral, interna de coxas e região genital.
- Lesões circulares, como em pulseira, tornozeleira ou colar, indicando possíveis amarras;
- Queimaduras por líquidos quentes cuja distribuição na pele que não respeita a ação da gravidade;
- Queimaduras em luvas ou meias;
- Queimaduras em região de nádegas ou períneo – castigo perverso utilizado especialmente em crianças que não conseguem controlar esfíncteres.

2.4.2.2.2 Fraturas

Constituem o segundo achado mais comum na violência física, sendo que em mais da metade dos casos estão localizadas na parte medial dos ossos longos, tornando difícil a diferenciação destas fraturas em intencionais ou não intencionais apenas com este achado.

Porém, certos tipos de fraturas são fortemente suspeitas de lesão intencional, como:

- Fraturas em região próxima às articulações;
- Fraturas em alça de balde, que são fraturas metafisárias por arrancamento;
- Fraturas em espiral;
- Fraturas de costela em crianças abaixo de dois anos;
- Fraturas de arcos costais posteriores;
- Fraturas bilaterais de clavícula;
- Fraturas de escápula e esterno;
- Fraturas de vértebras, sem história de trauma não intencional de auto impacto;
- Fraturas diversas em estágios diferentes de cicatrização ou cura.

Assim, sempre que se suspeita de uma situação de violência contra uma criança abaixo de dois anos, deve-se fazer uma radiografia de corpo inteiro. Acima desta idade ou desde que a criança possa informar com confiabilidade traumas anteriores, proceder-se-á a radiografias específicas das regiões ditas como atingidas.

2.4.2.2.3 Lesões crânio-encefálicas

Como causa de sequelas permanentes em sistema nervoso central, são as que mais comumente levam à morte, seja por contusões, lacerações, micro hemorragia, hematomas por grandes sangramentos.

Especialmente na criança abaixo de dois anos é possível encontrar a Síndrome da Criança Sacudida, causada por movimentação violenta da criança, segura pelos braços ou tronco.

Esta ação, em face à fragilidade da musculatura de pescoço e grande volume cerebral, vai provocar o choque com a calota craniana e o deslocamento de tecido encefálico, em velocidades diferentes, provocando desde micro hemorragias por rupturas de artérias e veias, até hemorragias maciças e cisalhamento de fibras e tecido nervoso (FORLIN, PFEIFFER, 2004).

O sinal patognomônico é uma síndrome com sinais de comprometimento severo de sistema nervoso central sem sinais infecciosos ou inflamatórios que os justifiquem, como convulsões ou paralisias, acompanhado de hemorragia de retina pois está presente em apenas 3% dos traumas cranianos consequentes a outros tipos de lesões (Cardoso A. 2011).

2.4.2.2.4 Lesões de face

- Lesão bi-ocular, especialmente quando sem lesão de nariz, indicando dois momentos de trauma;
- Hemorragia de conduto aditivo, sem sinais de corpo estranho ou otites perforadas – indicando barotrauma por socos ou fortes pancadas, com possível fratura de osso esfenóide;
- Lesões de orelha, por torções ou grandes puxões, levando desde a lacerações até arrancamentos e fraturas da cartilagem (orelha em couve-flor);
- Lesões dentárias, como quebras ou arrancamentos.

2.4.2.2.5 Lesões abdominais

São mais frequentes na criança maior, que se mantém em pé ou já deambula e no adolescente, habitualmente provocadas por socos ou pontapés.

Representam uma alta causa de mortalidade por violência nesta faixa etária, pelas possibilidades de lesões internas que evoluam sem sintomas exuberantes, ou mesmo identificáveis numa avaliação mais superficial ou que não se levanta a possibilidade da agressão. As mais frequentes são:

- Sangramentos e ruptura de vísceras maciças;
- Hemorragia digestiva;
- Hematoma de parede de intestino delgado, levando a síndromes de oclusão intestinal;
- Hemorragias de pâncreas, podendo desencadear e insuficiência do órgão e diabetes.

2.4.2.2.6 Envenenamentos e intoxicações

Trata-se de violência física e emocional provocada pela imposição ou administração à criança, de substâncias tóxicas, cáusticas, ácidas ou mesmo medicamentosas, na tentativa doentia de controlar, maltratar ou mesmo levá-la à morte sem evidências de culpa.

Não é possível, de forma fidedigna, avaliar sua real frequência, pois os casos mais sutis podem passar despercebidos do profissional da saúde.

Os casos ditos como leves talvez sejam, na realidade, os mais graves em relação aos danos e prognóstico para a vítima, porque acontecem de forma crônica, com sinais e sintomas ocultados pelo agressor, levando a pouca possibilidade de provocar a atenção do médico.

Trata-se de administração, de baixa a média quantia, de forma intermitente ou continuada, sempre progressiva, pelos “responsáveis diretos ou cuidadores”, de analgésicos, bebidas alcoólicas, drogas de ação em sistema nervoso central ou mesmo venenos ou substâncias tóxicas, muitas vezes com o intento dito consciente de que se acalmem, durmam ou enfim, não ocupem o seu tempo.

No entanto, esta aparente “solução” para aquietar a criança é sempre progressiva e, seus cuidadores, que não suportam as atividades normais da infância, passam a fazer uso destes medicamentos ou soluções de forma cada vez mais frequente.

Haverá prejuízo para a nutrição e para o desenvolvimento de uma forma global, visto estar esta criança em estado constante de impossibilidade ou de embotamento mental para perceber e reagir a estímulos.

As crianças portadoras de doenças crônicas ou com deficiências são ainda de mais alto risco para as intoxicações por fármacos e outros produtos tóxicos, pois quando tem como responsáveis seus agressores, estes terão disponíveis vários tipos de medicamentos de ação em sistema nervoso central e, a criança, como refém de seus maus tratos.

Mesmo nos tratamentos de crises convulsivas, este habitualmente é indicado frente à descrição dos responsáveis das crises acontecidas, havendo fé na palavra dos pais ou cuidadores.

Especial atenção deve ser dada a estes casos, principalmente quando o quadro relatado das crises não corresponde às apresentações habituais, e ou nunca foi presenciado por outro familiar ou pessoa da convivência diária, ou ainda, frente a uma evolução inferior à esperada para a patologia e quadro apresentado (PFEIFFER, 2004). A despreocupação do responsável com a evolução da criança, ou mesmo com os efeitos das crises que relata, ou da medicação, algumas vezes envolvida com a demonstração de prazer em relatar o que apresenta como intenso sofrimento, deve levar a investigações mais aprofundadas.

As formas mais intensas e que colocam risco imediato à vida são geralmente de difícil suposição, uma vez que estes responsáveis se apresentam, na maioria das vezes, como cuidadores zelosos e preocupados com o bem estar da criança.

Mesmo para o médico, caso ele não esteja atento para esta probabilidade, fica na maioria das vezes difícil pensar que pais ou outros responsáveis usariam destes meios para maltratar suas crianças.

Nestes casos, os exames laboratoriais e toxicológicos poderão comprovar o diagnóstico do agente causal, sendo a investigação da possibilidade de negligência e (ou) de envenenamento intencional sempre necessária.

Porém, frente à suspeita, a comprovação é possível na maioria dos casos mediante anamnese cuidadosa e dirigida, avaliação do histórico familiar, incluindo sinais de risco, e, preferencialmente apoiada por exames toxicológicos e laboratoriais.

Há que se levantar a suspeita de intoxicações intencionais sempre que se está frente a sinais e sintomas como apontado no quadro 7.

QUADRO 7: SINAIS E SINTOMAS DE ENVENENAMENTO OU INTOXICAÇÕES INTENCIONAIS

- Indícios de grande ingestão de produto tóxico ou cáustico, que deveria provocar impossibilidade de deglutição de maior volume pelo gosto ruim ou pela dor que provoca
- Caso agudo ou crônico de origem obscura e sintomas complexos, que envolve comprometimento de vários órgãos ou sistemas, como sistema nervoso central, dos mecanismos de coagulação, digestório, ou acompanhado de sinais de depressão respiratória, sem que se possa enquadrá-los em doença conhecida
- Criança trazida pelos responsáveis com queixa de envenenamento acidental, mas com relato do acidente confuso e discordante entre os pais, habitualmente associado à ausência de preocupação pela identificação do agente tóxico, com sinais de uso de grandes quantidades
- Demora na procura do atendimento após envenenamento dito como “acidental”, sem demonstração de preocupação dos responsáveis pelo tempo perdido para tratamento
- Criança com sintomas crônicos de “doença desconhecida”, sem diagnóstico, caracterizando a Síndrome de Munchausen por Procuração, provocada por envenenamento ou intoxicação crônicos
- Sinais de negligência ou outras formas de maus tratos

FONTE: PFEIFFER (2008)

2.4.3 Negligência - Omissão do Cuidar

Um conceito raso de negligência, nomeada pela autora como Omissão do Cuidar para que não se tome esta forma de violência pelo conceito do Direito, como crime sem intenção de dolo (culposos), é o do não atendimento às necessidades básicas da criança ou adolescente.

No entanto, quando se coloca que é praticada especialmente por aqueles que deveriam ter o prazer e dever de cuidar, os que lhe apresentam a vida e lhe ensinam como viver, há que se rever este conceito de que a criança necessita apenas do básico para bem desenvolver.

Como forma de apresentação do abandono, caracteriza-se pela submissão da criança ou adolescente a atos ou atitudes de omissão de forma crônica, em variados níveis de gravidade.

Cometida na maioria dos casos pelos pais ou pelos que ocupam seu lugar como responsáveis, de maneira intencional ou não, leva a prejuízos da higiene, da nutrição, da saúde, da educação, do estímulo ao desenvolvimento, da proteção e (ou) da afetividade.

É um dos tipos mais frequentes de maus tratos, mas que há muito pouco tempo vem sendo reconhecida como tal. Incluída no dia a dia de muitas famílias ou instituições, faz parte do contexto do suposto direito dos adultos de poder escolher, na maioria das vezes sem questionamentos, qual a qualidade de vida que deseja ofertar a aqueles que deles dependem.

Frente ao diagnóstico, é fundamental que se identifique o que determina nos responsáveis este tipo de relacionamento com sua vítima.

É preciso avaliar se a omissão é decorrente de fatores socioculturais e, portanto, sem intenção direta de maltratar a criança, ou se, independente dos fatores socioculturais, existe um desejo, consciente ou não, de lhe causar sofrimento (Pfeiffer, Hirschheimer, 2011).

É classificada pela autora em sociocultural e em intencional (Pfeiffer, Hirschheimer, 2011).

Na primeira situação encontra-se a Omissão do Cuidar que se dá por fatores socioculturais, onde a criança seria apenas mais um indivíduo naquele núcleo de convivência a participar da miséria e das dificuldades de sobrevivência, ou ainda a sofrer a ignorância de seus responsáveis sobre as peculiaridades e necessidades de um ser em desenvolvimento.

Esta é a caracterização da Negligência pela área do Direito, onde não existe a intenção de dolo, que minimiza a culpa, mas acaba por ignorar as suas consequências desastrosas ao desenvolvimento infantil.

Na segunda apresentação tem-se a Omissão do Cuidar Intencional, onde, por diminuição, perda ou ausência de laços afetivos e de responsabilidade, é negado ou deixado de oferecer à criança os cuidados necessários ao seu desenvolvimento, não implicando aí o fator socioeconômico ou cultural.

É, portanto, também uma forma de violência possível de ser encontrada não apenas em situações de pobreza, mas em todas as classes sociais.

Esta característica escapa da definição de Negligência pelas leis brasileiras, pois nesta se tem a intenção do dolo, mesmo que não reconhecida pelo agressor.

Daí a proposta para caracterizá-la como uma omissão, com a possibilidade de ser enquadrada pelos meios de proteção legal como uma apresentação de violência física e emocional.

Nos serviços de saúde, devem chamar atenção as internações frequentes, seja por doenças agudas ou crônicas, que evoluem de forma diferente da esperada para a patologia, ou ainda por enfermidades ou acidentes que poderiam ser evitados.

Descaso com o bem estar e segurança da criança, com a afetividade, educação ou a detecção de presença de atrasos de desenvolvimento sem causa orgânica aparente, devem indicar uma investigação detalhada da situação familiar e do lugar de importância ocupado por esta criança frente a seus responsáveis.

Quanto a isto, cabe discutir quando os pais se recusam a aceitar uma conduta claramente benéfica para seus filhos (vacinas, tratamentos medicamentosos, orientação educacional e preventiva, por exemplo).

Frente a este diagnóstico, o melhor interesse da criança e do adolescente deve prevalecer e a responsabilidade do médico existe independente da dos pais.

A negligência tem sido apontada como responsável por mais de 40% das situações de maus tratos notificados e, comparada às outras formas de violência, a que apresenta os maiores índices gerais de mortalidade (Azevedo MA, 2007).

Frente a esta realidade, havendo ou não culpa direta ou consciente dos pais ou responsáveis pela vítima, é necessária a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção deste que esteja sofrendo a situação de desamparo.

2.4.3.1 Omissão à saúde

Considera-se como sinais de alerta ou sintomas para omissão à saúde na infância e adolescência o apresentado no quadro 8.

QUADRO 8 - SINAIS E SINTOMAS DE OMISSÃO À SAÚDE

- Cuidados gerais como a nutrição, higiene, vestimentas muito inferiores ou contrastantes com o padrão apresentado pelos pais ou oferecido aos outros irmãos (p. ex., sujas, rasgadas ou inadequadas ao clima)
- Descaso com a higiene e aspecto pessoal
- Descuido na guarda, no preparo ou na oferta dos alimentos
- Desmazelo no acompanhamento às normas de prevenção, como de acidentes, seguimento do calendário vacinal, higiene e nutrição
- Identificação de doenças parasitárias ou infecciosas de repetição
- Lesões de pele ou dermatite de fraldas frequentes
- Cáries dentárias (sem procura ou persistência no tratamento)
- Demora inexplicável na procura de recursos médico frente a sinais de doença, não seguimento de recomendações ou escolha por tratamentos alternativos e inadequados
- Falta ou acompanhamento irregular dos tratamentos medicamentosos ou de habilitação ou reabilitação do portador de patologia crônica ou deficiência
- Déficits de crescimento e desenvolvimento sem problema de saúde que os justifique
- Desnutrição sem doença básica aparente
- Obesidade por descuido ou imposição nutricional
- Uso de roupas inadequadas à idade, sexo, clima ou condição social
- Falta de proteção ou defesa contra injúrias não intencionais e ou intencionais praticada por outros
- Ausência de preocupação na escolha ou com a segurança dos locais onde a criança é deixada ou com os escolhidos como seus cuidadores – terceirização do cuidar
- Atraso no desenvolvimento psicomotor e ou relacional

FONTE: PFEIFFER, 2008

2.4.3.2 Omissão à educação

A criança evolui de acordo com o desejo de vida de seus pais por ela e são os seus estímulos, desde o nascimento, que vão propiciar o desenvolvimento do potencial que a trouxe à vida.

Como parte do enxoval de cultura de ao menos três gerações, os pais passam aos filhos os valores que lhes foram repassados na infância. Como muitos, pais são colocados na posição de cuidar e acompanhar a educação de seus filhos sem nunca a terem tido verdadeiramente.

Sem audiência ou valorização, torna-se inútil para o filho a busca de metas e sucesso e impossível desejar superar os pais.

Assim, tanto como os sinais das outras formas de negligência, a falta de estímulo e do acompanhamento adequado à educação precisam ser avaliados pela sua origem, se sociocultural ou intencional, cujos sinais e sintomas estão apresentados no quadro 9.

QUADRO 9 SINAIS E SINTOMAS DA OMISSÃO À EDUCAÇÃO

<ul style="list-style-type: none"> • Atraso de desenvolvimento psicomotor e (ou) de linguagem • Ausência de acompanhamento ou preocupação dos responsáveis com o rendimento escolar • Falta de material adequado para acompanhamento escolar • Ausência ou inadequação de ambiente físico e condições emocionais para o aprendizado • Faltas frequentes à unidade de educação infantil ou à escola • Dificuldade de aprendizagem, atribuída tão somente à criança ou adolescente • Atraso na escolaridade, seja por não procura, seja por fracasso • Falta de avaliação adequada e busca de soluções ou tratamento para as possíveis causas das dificuldades de aprendizagem • Problemas de adaptação social • Culpabilização da criança pelos pais ou ainda pela unidade educacional quanto às dificuldades apresentadas por ela

FONTE: PFEIFFER (2008)

2.4.3.3 Omissão à afetividade – negligência emocional

Nem sempre de fácil identificação, há que se levantar este diagnóstico frente a responsáveis que, independente das justificativas que usem para encobrir suas faltas, deixem de dar suporte afetivo e psicológico à criança.

Enquadram-se neste tipo de violência todos os sinais acima e outros, fundamentalmente que apontem para a despreocupação dos responsáveis com o desenvolvimento, bem estar e segurança daquele que deles dependem não apenas para a sua sobrevivência física, mas também, e especialmente, a psíquica saudável.

É fato inquestionável que a criança se desenvolve na medida do desejo de vida que seus pais têm por ela. A falta de atenção, de consideração, a indiferença, a delegação para a criança do seu próprio cuidar, deixando para ela as decisões de seu dia a dia e, na sequência, a culpa pelos fracassos, caracterizam formas de abandono, numa clara deterioração das funções materna e paterna.

Para a criança, sem norte e sem chão, à mercê de sua pobre condição submissa ao desejo do outro, ou à sua falta, fica o vazio da afetividade, numa vida sem raízes e sem estímulos, onde sua imagem que deveria ser espelhada no mundo adulto permanecerá fragmentada e sem valor.

Demanda intervenção emergencial, com busca dos fatores predisponentes e desencadeantes desta violência, que embora velada, pode desencadear consequências desastrosas para o desenvolvimento da estrutura de personalidade de suas vítimas.

2.4.4 Violência Sexual

Na infância a violência sexual é predominantemente doméstica num contexto de relações incestuosas, com patamares amplos de desigualdade na maturidade psicosssexual entre agressor e agredido.

Pressupõem para o agressor o diagnóstico de uma parafilia, ou seja, um desvio da sexualidade com atração e busca do prazer sexual em um indivíduo impúbere, caracterizada pela pedofilia.

Considera-se como violência sexual o uso da criança ou adolescente, pelo adulto ou adolescente com maturidade psicosssexual mais adiantada, para sua gratificação sexual, homo ou heterossexual, incluindo desde a imposição de intimidades, exibicionismo, “voyeurismo”, pornografia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração (PFEIFFER , SAVAGNI, 2006).

A lei brasileira não define como crime o incesto ou a pedofilia em si, mas sim o abuso sexual que está implícito nestas práticas, considerando crime qualquer tipo de relacionamento sexual com crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos (Brasil, 2009).

Existem muitas dificuldades para se firmar este diagnóstico em crianças pequenas, visto estarem elas à mercê de seu abusador e deste dependerem física e psiquicamente.

Desde a atualização do Código Penal em relação aos crimes contra dignidade sexual, em crianças e adolescentes com idade inferior a 14 anos, o estupro (de vulnerável) é definido não apenas o ato sexual com penetração vaginal, mas sim toda e qualquer prática de atos sexuais tendo como vítimas meninos e meninas (BRASIL. Lei n.12015, 2009).

Especialmente nas relações incestuosas, onde o agressor ou agressora tem sua vítima a seu dispor, habitualmente crianças já negligenciadas ou de alguma forma colocadas em um lugar de menor valia pelos outros responsáveis, o abuso é iniciado de forma lenta e insidiosa.

O pedófilo faz uso da inocência e credibilidade da criança para se aproximar progressivamente, num processo de sedução e erotização, despertando na criança um aumento de sua curiosidade para o campo sexual.

Como assunto tabu é proibido na maioria das famílias, fica fácil para o abusador impor o segredo e o silêncio de sua vítima, que na dependência da idade e conhecimento que tenha recebido sobre sexualidade, vai se deixando seduzir. Ao mesmo tempo, a criança se sente cada vez mais culpada por aceitar e participar de atos que não consegue nem entender nem elaborar.

Esta conquista progressiva de suas vítimas costuma proporcionar grande prazer ao pedófilo, tanto na violência doméstica como na extrafamiliar.

Mesmo na última, excluindo o estupro ou outras formas de violência sexual urbana, praticada por agressor totalmente desconhecido da vítima, no caso de crianças, habitualmente as vítimas são escolhidas por algumas características especiais como as submetidas a negligência familiar, ou as que demonstram maior fragilidade ou carência afetiva.

Estudo desenvolvido por Finkelhor, 2005, em vinte e um países considerados mais desenvolvidos, encontrou que 7 a 36% das mulheres e 3-29% dos homens avaliados relataram terem sido vítimas de abuso sexual em suas infâncias, a maioria por pessoas do círculo familiar.

Pesquisa em vários países, incluindo os considerados desenvolvidos e não desenvolvidos, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde em 2005, mostra que de 1 a 21 % das mulheres entrevistadas haviam sofrido

abuso sexual antes de seus quinze anos de idade, na maior parte dos casos, por homens de sua família, especialmente os pais ou padrastos.

Nos dados da Rede de Proteção de Curitiba, 2003-2005, em primeiro lugar como abusadores sexuais estão os companheiros das mães, mas logo em segundo os pais biológicos, seguidos de avôs, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança (Relatórios da Rede de Proteção, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba).

A criança vai reagir ao abuso, que excede sua capacidade de compreensão e elaboração, com sintomas físicos e psíquicos.

É possível identificar sinais indiretos desta erotização precoce, como a manutenção da criança na cama dos adultos ou no mesmo quarto, sem preocupações com a exposição da criança às intimidades do casal.

Também o exibicionismo como a exposição intencional à nudez, a falas inadequadas à idade sobre atitudes sexuais pessoais e de outros, imagens ou outros materiais eróticos ou pornográficos são formas de relação erotizante.

O incentivo ao desenvolvimento precoce sexual deve ser considerado um sinal de alerta, como a escolha pelos responsáveis do uso pela criança de vestimentas e acessórios similares ao adulto, que expõem o corpo ou a prática de palavrado, brincadeiras ou jogos que objetivam aguçar a curiosidade sexual, numa forma de erotização precoce.

As relações incestuosas, que iniciam com um comportamento sedutor e com fins de erotização do adulto sobre a criança podem aí se fixar, mas nem por isto deixam de causar graves danos ao psiquismo em desenvolvimento.

Estas são situações de difícil diagnóstico, mas que precisam ser identificadas precocemente, para que não se depare na adolescência ou no adulto jovem com suas consequências severas.

São possíveis de atribuir também à violência sexual a puberdade precoce, gravidez na adolescência, busca da promiscuidade e (ou) de situações de risco como forma de autodestruição, como também a drogadição e distúrbios da sexualidade, entre outras.

Há que se levar em conta que qualquer forma de violência, incluindo a sexual, sempre é progressiva, cada vez mais intensa.

Assim, as aproximações do abusador(a) vão se tornando mais frequentes e mais violentas, o que pode levar a criança, quando tem idade suficiente para esta percepção, de sentir que existe ali algo de errado, que lhe causa desconforto e desprazer.

No entanto, frente à autoridade e força do agressor, estas pequenas vítimas não tem como resistir e, habitualmente, se tornam “escravos e escravas” de seus violadores, homens ou mulheres.

Habitualmente o abuso sexual se mantém durante longos períodos, sem que a criança ou adolescente possa compreender ou denunciar.

Com frequência o abusador, homem ou mulher, usa de suas prerrogativas de responsável e de pessoa de confiança para convencer a criança que aquelas seriam atitudes normais entre pais e filhos, ou entre “conhecidos”, por exemplo.

Assim progride o abuso, até que a violência sexual passa a acontecer de forma constante e rotineira, criando este abusador meios para ter sua vítima à disposição de sua lascívia, dentro da faixa etária que mais lhe atrai.

Não é raro que o pedófilo exclusivo interrompa o abuso quando os primeiros sinais de puberdade apareçam, deixando então de ser aquela (e) adolescente um objeto de atração sexual, passando ele a procura de outra vítima.

Em outros casos, a violência permanece enquanto um fator externo, como uma denúncia ou um diagnóstico não interromper a prática do crime.

Negligenciada pela família, à disposição de seu violador, muitas vezes a criança só terá conhecimento de que foi vítima de várias situações de violência após a puberdade ou quando iniciar sua vida sexual adulta.

Outras vezes, estas situações de extrema violência física e psíquica permanecerão recalcadas no inconsciente desta criança e depois no adulto, encobertas por memórias que lhe trazem maior conforto.

Quanto às crianças e adolescentes, considera-se como sinais indiretos mais frequentes de abuso sexual, que devem indicar uma maior avaliação, além dos relativos à violência psíquica já mencionados, o contido no quadro 10 a seguir.

QUADRO 10 - SINAIS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

INDIRETOS
<ul style="list-style-type: none"> • Atitudes sexuais inapropriadas para a idade • Demonstração de conhecimento sobre atividades sexuais superiores à sua fase de desenvolvimento, através de falas, gestos ou atitudes • Masturbação frequente e compulsiva, independente do ambiente em que a criança se encontre • Tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, ou a manipulação genital, ou ainda que reproduzam as atitudes do abusador para com ela • Infecções urinárias de repetição
DIRETOS
<ul style="list-style-type: none"> • Edema ou lesões em área genital, sem outras patologias que os justifiquem, como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis • Lesões de palato ou de dentes anteriores – sexo oral • Sangramento vaginal em pré-púberes, excluindo a introdução pela criança de corpo estranho • Sangramento, fissuras anais ou cicatrizes de sem outra justificativa orgânica • Rompimento himenal • Dilatação ou flacidez de esfíncter anal, sem presença de patologia que o justifiquem, como obstipação intestinal severa e crônica • Doenças sexualmente transmissíveis • Aborto e gravidez em adolescentes ou em crianças que desenvolvem puberdade precoce, como consequência do abuso

FONTE: PFEIFFER (2008)

Nestes casos, estes recalques irão participar de forma direta, mas velada, em suas escolhas, sejam elas sexuais ou mesmo de seu modo de lutar pela vida, permanecendo ela no seu papel de vítima ou assumindo o do agressor.

Uma atenção especial deve ser tomada frente a casos que podem se constituir em falsa denúncia, infelizmente meio não raro utilizado para atingir o ou a ex-cônjuge em processos litigiosos de separação de casais.

São situações onde a criança ou adolescente é levado a crer que o outro responsável tenha lhe causado dano, especialmente sexual, o que conflita com sua memória e entendimento.

Como consequências possíveis para sua sexualidade, além das marcas gerais da violência psicológica, é possível se identificar o transcrito no quadro 11.

QUADRO 11 - SINAIS E SINTOMAS TARDIOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

- Distúrbios ou impossibilidade de assumir uma vida sexual adulta saudável
- Ausência de desejo sexual
- Anorgasmia
- Frigidez
- Impotência
- Ejaculação precoce
- Dificuldades no desenvolvimento sexual, com tendências para a assexualidade, hipersexualidade ou homossexualismo
- Desvios do comportamento sexual
 - Promiscuidade Exibicionismo..... Perversões
 - Voyeurismo Fetichismo Parafilias – pedofilia

FONTE: PFEIFFER (2008)

2.4.5 Síndrome de Münchausen por Procuração ou Lesões Factícias Auto-Infligidas ou por Procuração

A Síndrome de Münchausen por Procuração, descrita parcialmente no DSM IV TR como Transtorno Factício por Procuração, caracteriza-se pela simulação ou a provocação, por um dos responsáveis ou cuidador, com grande frequência a mãe, de sinais ou sintomas que caracterizem doenças em seus filhos, exigindo dos profissionais da área da saúde a execução de uma série de exames e investigações, extremamente penosas para a criança.

As alterações comportamentais dos agressores frente às vítimas podem se apresentar na imposição a esta de diversas formas de sofrimentos, muito mais significativas que o nome dado à Síndrome pode indicar (Barão de

Münchasusen, figura de histórias infantis, como criador de histórias ligadas à mentira).

No entanto, nos casos ligados à infância e adolescência, não se trata apenas de mentir ou enganar, e este nome deveria ser revisto, mas sim e especialmente, de utilizar a criança como objeto de seus propósitos de atenção, valorização pessoal, desafio e demonstração da impotência do outro, muitas vezes com extrema crueldade, em total indiferença aos danos que causa à vítima.

Evidencia a distorção do lugar do filho ou dependente, colocado como instrumento de sua doença, velando um desejo de morte.

Representam sempre casos de alto risco, com a fabulação de sintomas ou mesmo a sua produção, tanto na criança previamente saudável como nos desvios de tratamento nas patologias crônicas, nas doenças de fundo alérgico ou psicossomáticas.

Na gastroenterologia a queixa de obstipação severa, buscando a indicação de enemas e medicação que aumente o peristaltismo, com as consequentes cólicas abdominais e desconforto, e a manutenção dos erros alimentares deve chamar a atenção.

A encoprese é um sintoma que pode ser um sinal de alerta de situação de muita angústia, a ser muito valorizado, podendo indicar a obstipação crônica, mas, se a criança se mantém com fezes na roupa, não existe retenção de material fecal e sim a eliminação, muitas vezes por razões inconscientes de sofrimento, independentemente do lugar em que esteja.

Frente a este quadro, há que se avaliar a possibilidade de ser uma forma de auto agressão, consequente ao maltrato do(s) responsável(eis)..

Na neuropediatria ou psiquiatria, as queixas de irritabilidade, hiperatividade, hiper ou hipossonia, agressividade ou mesmo convulsões com exames normais, deve levar à busca mais detalhada do histórico familiar, da gestação e dos antecedentes de cada um dos responsáveis, bem como à escuta e avaliação multidisciplinar da criança ou adolescente (Quadro 12).

QUADRO 12 - SINAIS E SINTOMAS MAIS COMUNS DA SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

- Queixas de doença recidivante, de diagnóstico obscuro, que não responde aos tratamentos habituais
- Não concordância entre os achados de exame físico e as queixas dos responsáveis
- Não coerência entre os sinais e sintomas relatados com os exames laboratoriais
- Sinais e sintomas que são percebidos sempre pela mesma pessoa, que demonstra preocupação exagerada frente à gravidade dos possíveis sintomas
- Demonstração de certo orgulho ou prazer em relatar o histórico de doenças da vítima, habitualmente com muitos detalhes e o uso de termos médicos, demonstrando uma busca de conhecimento e saber superior à sua função, profissão ou escolaridade
- Insatisfação com os tratamentos oferecidos, com insistência quanto à gravidade do caso e a necessidade de novas investigações, muitas vezes deixando ao profissional de saúde a sensação de incompetência e (ou) impotência frente à queixa
- Tentativas ou manobras para sedução da equipe de saúde, procurando um reconhecimento de sua atuação de cuidador com extrema dedicação e abnegação pela criança, contrastando com reações de muita agressividade quando colocado em dúvida as queixas ou negada a continuidade das investigações e violência que geram
- Limitação de várias atividades de lazer da criança ou adolescente, com a desculpa de protegê-los do agravamento da “doença”
- Comportamento conformado ou até mesmo apático da criança ou adolescente frente às investigações e limitações impostas, assumindo ela o papel do doente incurável e em risco de vida constante.
- Possibilidade de simulação de sinais e sintomas pela criança, por uma “colagem” no discurso do agressor, assumindo-o como verdadeiro.

FONTE: PFEIFFER (2008)

Nas áreas de dermatologia, pneumologia e alergologia, muitos são os agravos possíveis de serem simulados, criados ou mesmo exacerbados intencionalmente pelos responsáveis agressores.

2.4.6- Síndrome da Alienação Parental:

A criança se desenvolve por meio dos cuidados e estímulos que recebe, sendo que cada faixa etária corresponde a uma série de aquisições evolutivas, tanto na área motora como na psíquica e relacional.

São aquisições que se sucedem e que formarão os alicerces e as estruturas que sustentarão todo seu crescimento em peso e em altura, como também nos aspectos intelectual, cognitivo, social e emocional.

Como dito anteriormente, os pais apresentam o mundo aos seus filhos e ensinam a maneira de viver em harmonia com os outros e consigo mesmo por meio do que dizem e do que fazem. Representam o espelho através do qual a criança vai enxergar a figura feminina e masculina, para, então, tentar se assemelhar a elas.

Infelizmente, alguns casais mantêm relações extremamente conflituosas, que acabam resultando em separações, com muitas cargas de culpa pelo fracasso, de amor e ódio de ambas as partes. Se os filhos existem, nada deveria quebrar os laços de afeto de seus pais com eles, que deveriam ser totalmente independentes da relação conturbada do casal.

No entanto, nas separações conflituosas, muitas vezes a criança ou adolescente passam a ser usados como mercadoria de troca ou de maltrato para o outro, como se os sentimentos desses pequenos seres em desenvolvimento pudessem ser reprogramados a partir da quebra da relação entre seus pais.

São situações que podem iniciar com a destruição progressiva da imagem materna ou paterna, com palavras e atitudes depreciativas de um em relação ao outro, fazendo da criança uma testemunha indefesa que, muitas vezes, é usada por um dos pais (ou ambos) para passar recados desagradáveis para o ex-parceiro(a).

Há também casos em que a criança é usada como instrumento de barganha ("Não pagou a pensão, não pode ver o filho"). Mas e o sentimento da criança e seu desejo de estar com o outro par parental, como fica?

Muitos que detêm a guarda do filho se colocam como aqueles que se sacrificaram para cuidar e acompanhar sua prole, transformando em dívida o que é uma obrigação moral e legal. Esse pai ou essa mãe com a guarda do

filho pode determinar o afastamento do filho do ex-companheiro(a); e a criança, totalmente dependente, passa a fabular situações de desprezo e afastamento do outro, até que este outro consiga “pagar o que deve”, suportando a distância de quem ama.

Em situações extremas, ex-cônjuges e advogados inescrupulosos e amorais chegam a forjar denúncias de situações de violências, especialmente sexuais, submetendo a criança a investigações extremamente invasivas e transformando-a em instrumento de guerra contra o outro.

É preciso separar e proteger a criança e o adolescente das desavenças, rivalidades, raivas e disputas de patrimônio de um sonho que se acabou, caso contrário, os pais estarão destruindo seu maior e melhor investimento, que é sua prole.

O impacto desse tipo de comportamento dos pais pode ser de extrema intensidade na criança, acarretando nela verdadeiro horror a qualquer relação conjugal futura e mesmo de filiação.

Independentemente da relação do casal, toda criança tem direito a um relacionamento estável com seus pais.

2.4.7 Filicídio

Muito mais que simples violência, o filicídio, ou a morte da criança ou adolescente por um ou ambos os pais, ou outro que esteja nesta função, é a consequência mais trágica das agressões contra um ser em desenvolvimento. Dificilmente representam simplesmente a passagem ao ato agressivo único ou ocasional, mas sim um episódio em sequência de outros, habitualmente possíveis de identificação pela área da saúde.

Estima-se que cerca de 10% das crianças e adolescente atendidos em serviços de emergências médicas ali estão por uma situação de violência, mais de 60% delas irão retornar com outra agressão e 5 a 10 % poderão vir a óbito se nada for feito para impedir novas agressões (PFEIFFER, 2004).

O desejo e (ou) a intenção de morte do filho também pode se apresentar em formas mais veladas e crônicas, da omissão do cuidar à saúde, nas desnutrições gravíssimas, erros ou abandonos de tratamento a doença

potencialmente fatais, ou mesmo pelo seu abandono em meio ou pessoas de risco.

Além das agressões físicas graves, as intoxicações medicamentosas, os envenenamentos e as manifestações da Síndrome de Munchausen por Procuração precisam ser vistas como uma busca de morte.

Em se tratando de agressões semelhantes cometidas contra pessoas adultas e autônomas, portanto não frágeis e sem vínculos de dependência e pressupostos laços de amor com seu agressor, a lei parece ter muito mais rigor.

2.4.8 Violência Química

Com base nos estudos desta tese, é possível definir a Violência Química como a administração para a criança ou adolescente, por parte do cuidador, seja ele o responsável ou não, de substâncias psicoativas, com o intuito de dominar, subjugar, inibir, conter, controlar, menosprezar ou ainda, trazer para a vítima a culpa, ou pela intolerância do agressor às características normais de sua faixa etária, ou pelos comportamentos que apresenta, secundários a outras formas de violência que lhe são infligidas.

A imposição de tratamentos farmacológicos múltiplos e simultâneos, tentando abranger várias origens patogênicas, a crianças e adolescentes, vem aumentando de forma assustadora na última década.

Do lado da medicação psicoativa, sua indicação a crianças e adolescente vem aumentando geometricamente na última década.

Diagnósticos do mundo adulto vêm sendo trazidos para a infância e adolescência, sem critérios cientificamente comprovados, como a depressão e bipolaridade e, junto aos diagnósticos, o tratamento.

Traz-se a ideia da origem genética dos distúrbios de comportamento e de humor, ignorando-se o efeito de espelhamento e de sofrimento em uma criança que cresce sob o jugo e poder dos mandos e desmandos consequentes aos transtornos de conduta de seus responsáveis cuidadores.

Associa-se a esta constatação, de que a queixa das alterações de comportamento, hoje nominadas de muitas formas pela psiquiatria seja por

hiperatividade, déficit de atenção, comportamento opositivo, agressivo e outros (DSM IV TR, 2000) é trazida por estes responsáveis, que nem sempre conseguem exercer de forma adequada as funções materna e paterna.

Existe uma tentativa, talvez universal, em desconhecer as consequências de um mundo sem lugar para a infância, com pais ocupados em seus trabalhos e projetos, que terceirizam a educação dos filhos em escolas de tempo integral, para compensar sua parcial ou pobre atenção.

Diagnósticos feitos através de questionários aplicados massivamente, sem valores de individualidade ou da particularidade das condições de vida e relacionamentos de cada um, dão certeza à queixa do adulto, que coloca ali a sua percepção e entendimento confortáveis sobre os sintomas do filho ou aluno, retirando de si qualquer responsabilidade ou culpa.

Ainda, muitas das avaliações são feitas sem nenhuma ou pouca participação da criança, que não traz suas queixas de sofrimento, mas sim os responsáveis e professores é que vão preencher questionários sobre seus comportamentos, sem que a origem ou razão destes seja avaliada.

Muitos testes foram desenvolvidos com objetivo de acelerar e padronizar o diagnóstico dos transtornos de humor e de comportamento na infância e adolescência, como Dentre eles, destacam-se o *ADHD Rating Scale* (DuPaul and cols. 2001), o Questionário de Conners e o SNAP-III (Swanson, 1983) e IV (Pliszka, Carlson, Swanson, 2001).

Todos esses questionários têm em comum a utilização de escores quantitativos (também chamados de qualificadores), isto é, escores de gravidade para cada um dos sintomas arrolados. No entanto, o próprio tempo desde que foram elaborados mostra que muito dos avanços sobre o desenvolvimento da biociência em relação à infância e adolescência, bem como das exigências do mundo atual para com esta faixa etária estão fora de seu âmbito.

A evolução aparente é a possibilidade ofertada aos pais e mesmo crianças e adolescentes para o preenchimento online destas questões para muitos diagnósticos (Quic Keyword Ranking. Analysis for free online add test for teenagers), mesmo de transtornos mentais como TDAH, Depressão, Transtornos bipolares, Esquizofrenia... (Steward C. 2012)

Assim, através de pontuações simplesmente matemáticas, especialmente nos casos de violência doméstica, se conclui por um diagnóstico que aprisionará esta criança ou adolescente para o resto das suas vidas nas grades da doença mental. Traz-se para a vítima a responsabilidade orgânica de seus sintomas de sofrimento. Crescem convencidos não apenas de serem os culpados de seus comportamentos, mas também da infelicidade e alterações de humor de seus responsáveis.

Neste caminho, para as queixas do mundo adulto sobre a criança ou adolescente, um diagnóstico e o tratamento com psicoativos. Desta forma, com a minimização ou ignorância dos seus efeitos colaterais sobre um ser em desenvolvimento, tanto físico como mental, a psicofarmacoterapia vem sendo aplicada às crianças e adolescentes em doses crescentes e associações múltiplas, sem bases efetivas na ciência.

Na grande maioria das vezes, de forma empírica e subjetiva, pela queixa que vem de um outro e não da própria criança ou adolescente, o profissional médico pode ser mais um a vitimizar aquela criança, não apenas em submetê-la aos efeitos psíquicos de uma droga que não mudará sua conformação ou deformação familiar, mas ainda trará para ela a culpa pelos seus sintomas de sofrimento.

Não se questiona aqui os diagnósticos bem estruturados de transtornos de comportamento ou de humor, feito em consultas sequenciadas e levando em conta a estrutura familiar, afastada a possibilidade de violência, onde a medicação pode, em muito, contribuir para o melhor desempenho e qualidade de vida da criança.

Nos dados que surgiram nesta pesquisa sobre a medicalização da população estudada, poderá se avaliar melhor estas questões.

Nos casos mais simples, terceiriza-se o cuidar e muitas crianças passam seus dias em berçários, depois escolinhas infantis, depois escolas maiores – ou seja, dias de programações definidas e atividades em grupo, longe de seus pais, onde sua individualidade e necessidade não são respeitadas. As saudáveis psiquicamente, vão reagir a este modo imposto a ela como viver, o quê não deixa de ser uma violência.

Na última década houve um aumento espantoso do diagnóstico e tratamento de doenças mentais em crianças e adolescentes, já a partir de dois anos de idade (Angell M. 2011).

E, desta epidemia, a medicalização da sociedade! Tudo deve ser tratado: o luto, a separação conjugal, a reprovação no concurso, a morte do animal de estimação, o impacto do nascimento do irmão, da separação dos pais, da dificuldade da socialização precoce dos berçários e unidades de educação infantil, da falta de atenção (Sanvito, 2012). As emoções precisam ser contidas e a felicidade química prometida sobrepujar a elaboração do sofrimento real.

Muitas crianças vêm recebendo psicoativos numa faixa etária não aprovada pelo FDA e os medicamentos utilizados podem causar efeitos adversos graves, até a morte! (Sanvito, 2012).

Isto sem levar em conta a exposição do feto aos psicoativos dados à mãe durante a gravidez e, do lactente, durante a amamentação.

Esqueceu-se das características e fragilidade de um ser em desenvolvimento? Ou a medicação vem sendo prescrita apenas com base às propagandas dos efeitos mágicos do produto pela indústria farmacêutica, uma das maiores do mundo?

De um lado, a intolerância do mundo adulto frente à infância e adolescência, de outro, os manuais de classificação para doenças mentais e a indústria farmacêutica, também intolerantes com as reações normais do ser humano às modificações da vida e ao sofrimento, ou, extremamente eficientes em criar propostas de felicidade aos sofreres inevitáveis do viver.

Na infância, muito poucos estudos científicos sérios sustentam os diagnósticos de transtornos mentais herdados do mundo adulto e, menos ainda, os tratamentos propostos. Remetem esta criança para o mundo da psiquiatria e dos medicamentos e, muitas delas não sairão deles em toda a sua vida....

Nas relações familiares conflituosas, nos casos de violência doméstica, ou de filhos sem lugar porque não foram desejados, nem aceitos, muitos sintomas de sofrimento vão surgir, especialmente pelo dano psicológico consequente.

E, serão estas pessoas que trarão a queixa, preencherão os questionários e *check lists* e, darão o caminho para o diagnóstico desejado, colocando na criança, ao invés da proteção contra a violência que sofre, a culpa de seus sintomas e também da infelicidade dos pais.

Inocenta-se o agressor e condena-se a vítima, tanto fisicamente pela imposição da droga (tratamento), como psiquicamente pela imposição da culpa.

A psicopatologia infantil e psicanálise trouxeram um marcado avanço no século passado, ao reconhecer e respeitar as crianças como sujeitos de direitos e de mecanismos de pensamento particulares, a serem cuidados e preservados. No entanto, tem perdido suas metas para dar espaço a um sistema funcional que deseja crianças aptas, adaptadas e obedientes (Volnovich, 2007).

Estaríamos tendo uma epidemia de doenças mentais na infância, ou erros genéticos trazendo uma geração de transtornos de comportamentos, ou, uma crescente intolerância às atividades próprias desta faixa etária?

O quanto os pais estão a ensinar seus filhos seus valores e os conceitos do certo e do errado, do bom e do mal, ou, esperam que nasçam prontos e que já no segundo ano de vida consigam dar conta do modelo de vida adulta?

O modelo americano consome cerca de 50 % do mercado mundial de medicamentos, tendo menos de 5% da população mundial (Pignarre, 2004).

Não se está aqui negando a possibilidade de existência de patologia mental na infância e adolescência, nem a necessidade de tratamento medicamentoso para ela, mesmo na infância ou adolescência, ou dizendo ainda, que alguns manuais sobre doenças mentais norte americanos, que se colocam como internacionais e ditam a moda da doença mental poderiam estar unidos a uma indústria farmacêutica sem remédio.

A grande preocupação é a expansão de diagnósticos de transtornos mentais e o consequente tratamento com psicoativos, para as reações normais do desenvolvimento, ou ainda para as reações ao sofrimento ainda possíveis para as crianças e adolescentes que são submetidas às mais variadas formas e intensidade de violência.

2.5 O IMPACTO DA VIOLENCIA SOBRE O SUJEITO EM DESENVOLVIMENTO

As situações de violência, especialmente as cometidas pelos pais ou responsáveis, têm efeito deletério duplo na infância e adolescência, tanto pelo ato em si, que vai ficar registrado na memória, independente da idade em que ocorra, como pela quebra do estímulo ao desenvolvimento (Pfeiffer, Cardon, 2005).

É a observação da criança das manifestações de satisfação do adulto por suas ações que a fazem evoluir, ocorrendo o contrário quando frente à agressividade.

A criança passa a considerar a violência como motivada por algum erro seu ou, pior, por não conseguir ser, ou fazer, o que seus responsáveis dizem esperar dela.

As crianças com menos de três anos de idade tendem a não produzir uma recordação verbal de traumas ou abusos passados, contudo suas experiências podem ser reproduzidas em seus jogos ou fantasias (Kaplan, Sadok, 2007).

Os que excedem a capacidade de compreensão e elaboração da criança e do adolescente tanto podem ter efeitos imediatos como tardios, que repercutirão no seu modo primário de pensar e agir, bem como na sua capacidade de enfrentar outras situações de dificuldades ou estresse para o resto de suas vidas.

Segundo Kaplan e Sadock, os pais são responsáveis pela violência contra seus filhos em 75% dos casos, seguidos por outros parentes e cuidadores (Kaplan, Sadok, 2007).

Em países com sistemas de notificação obrigatória implantados há mais de duas décadas, como o US *Department of Health and Human Services*, o abuso físico é prevalente em crianças abaixo de cinco anos (32%), mas também com grande incidência entre os 5 a 9 anos (27%) e dos 10 aos 14 (27%) (US Department of Health, 2011).

Butchart et al. apontam que existem indicações que o desenvolvimento cerebral humano pode ser fisiologicamente alterado por situações envolvendo

maus-tratos que levem a prolongado e severo estresse durante os primeiros anos, podendo afetar negativamente o crescimento físico, cognitivo, emocional e social (Butchart et al., 2006).

Em estudos sobre crianças, as avaliações das consequências biológicas da experiência social, tal como uma reatividade hipotalâmica-pituitária-adrenal durante conversações entre pais e criança, são essenciais. Demonstram uma influência na formação orgânica da criança através do modo dos pais a tratarem e apresentarem o mundo a elas, bem como elas ao mundo (Jonathan, 2008).

Bennet, Sullivan e Lewis, 2005, em estudo retrospectivo de crianças vítimas de violência, apontam para a existência de respostas emocionais de vergonha, raiva e problemas de comportamento como resultados diretos dos maus tratos.

Afirmam ainda que programas de atendimento psicoterapêutico possam ajudá-las a gerenciar melhor sua vergonha, para posteriormente diminuir sua raiva e os problemas de comportamento.

Estudos da depressão do adulto encontraram que histórias de maus tratos na infância modificam o papel dos processos interpessoais, levando a presença de diferenças estruturais no cérebro, e que os benefícios do tratamento são altamente relevantes para a prática clínica.

Sem tratamento e na continuidade da violência, as sequelas físicas e psíquicas se consolidam, transformando a violência como a forma padrão de relacionamento da pessoa consigo mesma e com o outro. Sua vida será então marcada pela busca daqueles que possam dar continuidade a seu papel de vítima ou passar a ser ela a violentadora.

Segundo Anita Malik, vítimas de abuso são mais propensas a serem presas quando jovens e adultos e a cometer crimes violentos. Crianças que foram sexualmente abusadas são mais propensas de serem presas por prostituição na idade adulta. Ainda, crianças que sofreram alguma forma de violência têm maiores índices de suicídio na adolescência, depressão, desordens psiquiátricas e comportamento violento (Malik, 1999).

Estudo retrospectivo demonstrou associação entre traumatismo crânio encefálico e ansiedade, depressão, desordens de personalidade, ideação

suicida, baixa alta estima e problemas de saúde na idade adulta (Briere, Runtz, 1988).

Algumas crianças podem, sob uma observação superficial ou imediata, demonstrar um estado de aparente calma logo após a agressão, o que não significa que não restaram sequelas.

Especial atenção deve ser dada aos bebês e crianças muito pequenas, abaixo de três anos, nas quais as consequências e exteriorização do sofrimento dificilmente acontecem de imediato.

Porém, em qualquer idade, nem sempre se terá sintomas bem definidos, mas que irão se somando e se potencializando à medida da progressão da violência e (ou) da ausência de tratamento.

Resultarão em déficits de desenvolvimento e quebras de evolução intelectual, moral e de relação com o outro e consigo mesmo, num processo de recalque e deslocamento das situações de angústia que surgirão como sintomas variados em qualquer época da vida, numa tentativa de diminuir ou encobrir o sofrimento.

Podem ser expressos por meio de sensações de medo, ansiedade, regressão, manias, tiques, hiperatividade, déficit de atenção, fobias, comportamentos compulsivos até os níveis gravíssimos de desestrutura de personalidade, sinalizados por comportamentos destrutivos que poderão se eternizar, pela imposição da violência a outras gerações.

De outra forma, fica a possibilidade de estabelecer uma relação abusiva e destrutiva consigo mesmo, numa busca constante de danos a si na drogadição, na busca constante de atividades e comportamentos de risco, promiscuidade, autoflagelação e tentativas de suicídio. Ou ainda, aceitando outros agressores em suas relações interpessoais, como acontece nos casos de revitimização (Borges, 2003).

É evidente que quanto maior a imaturidade, fragilidade física e emocional e maiores os laços de dependência e afeto com o agressor, piores as consequências e por isto, a violência intrafamiliar ou maus tratos, forma de violência preponderante na infância, é a que deixa as marcas mais severas.

Não existem medidores ou balanças para se avaliar o dano que ficou e a possibilidade de recuperação das sequelas. Mas o que se pode assegurar é que todo ato agressivo contra uma criança, mesmo que apenas verbal ou de

atitudes, que exceda sua capacidade de compreensão e elaboração, produzirá efeitos, que aparecerão mais cedo ou mais tarde na sua vida (Cardon, Pfeiffer, 2005).

No entanto, no acompanhamento de vítimas, mesmo de extrema situação de violência, surpreende a extrema capacidade de recuperação destas crianças e adolescentes, quando lhes é dada a oportunidade de tratamento sob uma nova condição de respeito e afeto.

As peculiaridades de um ser em desenvolvimento, que determinam suas reações e possibilidades de enfrentamento ao sofrimento, devem ser motivos suficientes para que todos os esforços sejam feitos, no sentido de lhes garantir a assistência imediata adequada, a proteção a novas agressões, além dos tratamentos e encaminhamentos necessários a minimizarem as marcas da violência que lhes foi imposta.

2.6 DOS DIREITOS LEGAIS E DE PROTEÇÃO

É do século XIX, 1874, um dos primeiros registros de ação legal de proteção à criança, como o caso de Mary Ellen Wilson, nos Estados Unidos, que, com história bastante comum a muitos ainda atualmente, foi abandonada pela mãe e com a morte do pai na Guerra Civil, ficou sob a guarda da madrastra e novo companheiro. Vítima de muitas formas de violência gravíssimas, visíveis pelo seu estado geral, foi defendida na corte americana por Promotor de Justiça que precisou apelar para as defesas dos direitos obtidos pela Sociedade Norte Americana de Prevenção da Crueldade contra os Animais.

Como nada havia na lei sobre direitos para as crianças, somente com base no pressuposto que como criança esta menina fazia parte do reino animal e, portanto, teria direito a não ser maltratada, o Promotor obteve êxito em retirá-la do convívio de seus agressores (Barry, Collins, 1999).

Os tratados internacionais dos direitos da criança e do adolescente foram aceitos pela Nação Brasileira desde suas publicações, como a Declaração Universal de Direitos Humanos, adotada e proclamada pela

resolução 217 A (III), da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 (ONU, 1948).

A Declaração dos Direitos da Criança foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas de 20 de novembro de 1959 e ratificada pelo Brasil (ONU, 1959).

Tem como base e fundamento os direitos a liberdade, estudos, brincar e convívio social das crianças que devem ser respeitados e preconizados em dez princípios. O segundo princípio diz respeito ao direito a especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social.

1. A criança gozará de protecção especial e disporá de oportunidade e serviços a serem estabelecidos em lei e por outros meios, de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será o interesse superior da criança.

A Constituição Federal de 1989, define, entre outros, crianças e adolescentes como seres em peculiar fase do desenvolvimento, e prioridade absoluta, especialmente em seu artigo 227 (Brasil, 2001):

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

2.7 DA NOTIFICAÇÃO E DENÚNCIA

A notificação de situações de suspeita ou certeza de violência contra crianças e adolescentes é obrigatória desde 1990, pela lei n. 8069, de julho de 1990, pelos artigos 13 e 245, Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

Art. 13 - *Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.*

Parágrafo único. As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas à Justiça da Infância e da Juventude.

Art. 245 - *Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente:*

Pena - multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Como lei, no entanto, carece de instrumentos que possam levar aos profissionais nela envolvidos ao diagnóstico de violência e de seus níveis de gravidade, com vistas a oferecer a cada vítima o atendimento emergencial e de continuidade adequado, bem como definir as medidas de proteção que necessita.

Depende do interesse e da capacidade diagnóstica de cada profissional envolvido na assistência à situação de violência e também de seus pares, a definição da conduta em saúde e de proteção legal a serem tomadas.

Sem critérios objetivos e diagnósticos específicos, nem definição clara dos papéis dos avaliadores necessários, as situações de violência na infância e adolescência no Brasil são ainda resolvidas de acordo ao visível e sensível, fora do âmbito cientificamente comprovado.

2.8 VIOLENCIA COMO DIAGNÓSTICO E ATO MÉDICO

A Síndrome da Criança Espancada, *The Battered-Child Syndrome* foi descrita inicialmente pelo médico legista francês, Ambroise Tardieu, que analisou inicialmente o resultado de 32 avaliações periciais de crianças, sendo 18 delas para autópsia, e indicou como causa de suas mortes o espancamento.

Com olhos voltados a apontar as formas de violência contra crianças, estudou e descreveu uma série de apresentações dos maus-tratos na infância. Em seu *Dictionnaire d'hygiene et de salubrité*, em 1862, fala do trabalho infantil e as péssimas condições a que as crianças eram submetidas em fábricas e minas, e das conseqüências para a sua saúde física e mental.

Em seu *Étude medico-legale sur les attentats aux mœurs*, em 1857, analisou 632 casos de abuso sexual em mulheres (a maioria crianças) e 302 casos em homens, descrevendo os sinais clínicos de acordo com a gravidade do abuso (Guerra, 2001; Minayo, 2001).

Mas, apesar de seus esforços, não conseguiu sensibilizar a classe médica da época, nem os poderes políticos ou meios sociais. Foi preciso quase um século para que o tema fosse retomado pela literatura científica.

É de 1946, nos Estados Unidos, a publicação de Caffey, da observações de seis crianças com hematoma subdural e alterações radiológicas de ossos longos, dois tipos de lesões graves sem relação clínica ou patológica. Nomina seus achados como “Síndrome de Caffey” (Caffey, 1946).

Silverman, médico radiologista, em 1953 desenvolveu um estudo retrospectivo de crianças com quadros clínicos semelhantes aos de Caffey e concluiu então que as lesões eram causadas por traumatismos provocados e passou a nominar a Síndrome de Caffey como Síndrome da Criança Espancada (Silverman, 1953).

Em 1961, Henry Kempe et al. descreveram e publicaram, levando a simpósio médico a *The battered child syndrome*, ou Síndrome da Criança Espancada, que passou a ser reconhecida pela Academia Americana de Pediatria. Foi definida por Kempe como tendo ocorrência em crianças de baixa idade, com o encontro de graves ferimentos acontecidos em épocas diversas, frente a explicações discordantes ou inadequadas fornecidas pelos pais, sendo o diagnóstico baseado em aspectos clínicos e radiológicos, conceitos que prevalecem até os dias de hoje (Kempe, Silverman, 1962; Kleineman, 1994).

Fontana, Donovan e Raymond mudaram o nome para *Maltreatment syndrome*, para que pudesse abranger outras formas de maus tratos (Fontana, Donavan, Raymond, 1963).

No Brasil, tem-se a descrição em literatura nacional de um caso de espancamento em 1973, pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e em 1975 o radiologista pediátrico, Dr. Armando Amoedo, publicou sobre outros cinco casos (Guerra, 2001).

Porém, desde sempre a violência contra crianças e adolescente vem sendo tratada pela sociedade científica e civil como um problema social, como o comprova a falta da matéria na maioria das universidades brasileiras, incluindo as faculdades de medicina e direito.

2.9 ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA PELA SAÚDE

Em 1996, a 49.^a Assembléia Mundial da Saúde adotou a resolução WHA 49.25, na qual se declara que a violência é um problema de saúde pública fundamental e crescente em todo mundo. Nesta resolução, foram ressaltadas as graves consequências da violência, tanto a curto como em longo prazo, para os indivíduos, as famílias, as comunidades e aos países.

Ressaltou os efeitos prejudiciais da violência nos serviços de atenção à saúde (OMS, 2002).

O Ministério da Saúde do Brasil, em 1998, desenvolveu um trabalho para normatização das políticas públicas para o enfrentamento das causas externas, já na época responsáveis pelo maior número de mortes na infância e adolescência. É elaborada a proposta de “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência” por Comitê constituído por representantes governamentais e da Sociedade Civil, entre eles a Sociedade Brasileira de Pediatria (Brasil, 1998).

Esta Política foi aprovada e publicada em 16 de maio de 2001, pelo Conselho Nacional de Saúde, como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e Adolescência. Senado Federal (Brasil, 2001).

Apesar desta obrigatoriedade, a subnotificação da violência continua sendo uma realidade no Brasil: estima-se que, para cada caso notificado, 10 a 20 deixam de ser (Pascolat et al., 2001).

Em janeiro de 2011, pela Portaria de n. 104, a violência passou a ser de notificação compulsória e as instituições de saúde terão que se organizar e instrumentalizar para cumprir com estas novas regras (Anexo 1).

2.10. EVOLUÇÃO DO ESTUDO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE DA VIOLENCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:

Pelo envolvimento com pesquisas científicas e trabalhos para prevenção de violência e injúrias não intencionais, através da Sociedade Brasileira e Paranaense de Pediatria, a pesquisadora participou da formação de uma comissão, em 1998, para enfrentamento das situações de violência na infância e adolescência na cidade de Curitiba.

Esta comissão foi constituída por profissionais das secretarias e instituições que prestavam atendimento nas áreas de saúde, educação, ação social, segurança e justiça, a esta faixa etária, além da Sociedade Paranaense de Pediatria.

Elaborou-se projeto de um programa a ser implantado no município para diagnóstico, notificação e atendimento a crianças e adolescentes em situação de risco para violência.

Assim, estruturou-se o Programa Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência de Curitiba, com a implantação de um sistema de notificação de situações de suspeita ou diagnóstico de violência na infanto- adolescência.

Fora dos programas de graduação e pós-graduação da maioria dos cursos que mantém interface com a criança e adolescente, o tema, seu diagnóstico e tratamento não faziam parte da cultura e rotina dos profissionais da rede pública e privada da época. Assim, foi desenvolvido um programa de capacitação voltado aos profissionais das áreas da saúde, educação, ação social e segurança para o reconhecimento das situações de violência, seu diagnóstico, tratamento e medidas de proteção, sob aspectos médicos, sociais e legais. Do ano 2000 a 2005 foram capacitados mais de dez mil profissionais da rede pública, ONGs, Conselhos Tutelares e outros envolvidos na assistência a crianças e adolescentes.

A partir das capacitações as notificações de violência e suas vítimas começaram a aparecer. Frente ao surgimento desta nova demanda para a rede pública, houve a necessidade de se criar um fluxo de atendimento e, para tal, haveria que se ter critérios de urgência e emergência, bem como dos graus de complexidade de atendimento.

Como já apontado, os critérios estabelecidos pela lei em vigor não supriam condições mínimas de diagnóstico, nem de determinação da gravidade dos casos identificados, análise esta feita de acordo com o conhecimento, sensibilidade e vontade de cada um, ou pela avaliação apenas da lesão ou sintoma atual da violência.

Muitas distorções no atendimento passaram a ser identificadas, como aplicação de extremo rigor em situações leves enquanto casos com risco de morte eram deixados sem assistência.

Sem critérios objetivos e claros, as situações de violência eram e ainda são na maior parte de nosso país, definidas pelos pré conceitos, cultura e instrumentos psíquicos de cada profissional envolvido no atendimento.

Iniciou-se, então, a partir da entrevista dos profissionais na época envolvidos no atendimento das vítimas, especialmente da saúde, educação e ação social através do SOS Criança, a pesquisa de achados comuns nas histórias daquelas crianças, de seus responsáveis e agressores, que pudessem indicar o nível da violência e os riscos para a criança ou adolescente vítima.

Neste processo foi possível identificar quatro fatores (Quadro 13) que são determinantes na definição de gravidade das situações de violência contra crianças e adolescentes, tanto da condição atual e risco da vítima, bem como da possibilidade de progressão dos maus tratos. Desta forma passaram a ser considerados como componentes fundamentais das situações de maus tratos na infância e adolescência, o estado geral da vítima, o tipo e características da agressão, o perfil do agressor e a constituição familiar da vítima, oferecendo possibilidades de proteção a ela ou não.

QUADRO 13 - PRINCIPAIS COMPONENTES DAS SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS

<ul style="list-style-type: none"> • Vítima • Agressão • Agressor • Família

FONTE: PFEIFFER (2008)

Criou-se, então, um sistema de pontuação para estes indicadores para definir o nível de gravidade global da situação de violência em Leve, Moderado e Grave.

Foi implantada no Programa da Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência de 2000 a 2001 e vem sendo empregado pela Rede de Proteção até os dias de hoje.

Numa segunda etapa, de 2003 a 2004, foi desenvolvido um perfil epidemiológico da violência através dos dados das fichas de notificação da Rede de Proteção (OLIVEIRA et al., 2003, 2004).

Seguiu-se com a primeira análise crítica do método de classificação em níveis de gravidade além da apresentação do perfil das vítimas, responsáveis e agressores atendidos pelo programa nos dois anos de estudo.

Passou-se então a uma nova etapa do estudo, a partir de 2007, com a proposição de uma pesquisa sobre a frequência e importância dos indicadores utilizados até então para o diagnóstico da gravidade da situação da violência. Pretendia-se avaliar no atendimento direto a vítimas de violência os índices de confiabilidade dos indicadores anteriormente propostos e também a existência de outros que pudessem aprimorar o método.

Para este estudo e para introduzir o tema na graduação e pós graduação do curso de Medicina da UFPR propôs-se a organização e implantação de um programa de educação continuada nominado Programa HC DEDICA (Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente).

Foi aceito como projeto de extensão universitária, ligado ao Departamento de Pediatria da UFPR, com sede no Hospital de Clínicas de Curitiba e registro no PROEC; 2007, UFPR.

Seguiu-se com a estruturação de um ambulatório para atendimento a crianças e adolescentes com suspeita ou diagnóstico de qualquer forma de violência, especialmente os casos identificados como de maior gravidade nos internamentos do Departamento de Pediatria e outros setores ambulatoriais do Hospital de Clínicas.

Frente à especificidade do atendimento e capacitação da equipe, passaram também a ser encaminhados ao ambulatório HC DEDICA casos considerados como de difícil diagnóstico e ou resolução, provenientes de outros estabelecimentos de proteção, como Juizados da Infância e Juventude, Delegacias especializadas, Conselhos Tutelares, Defensorias Públicas entre outros.

Esta equipe é composta de voluntários das áreas da Pediatria (coordenação da área da saúde), Justiça com atuação de Promotor de Justiça (coordenação da área da Justiça), Médico Psicanalista (coordenação da área de Saúde Mental), Advogada (coordenação da área do Direito), psicólogas e psicanalistas (Assistência), além de estagiários da área da Pediatria e Psicologia,

A proposta de atendimento foi fundamentada na avaliação interdisciplinar de cada caso, reconhecendo a individualidade e singularidade de cada um, junto à história e cultura geracional que os constituiu como pessoas, ou sujeitos em sua ampla significação.

Esta abordagem que traz a escuta da vítima, bem como de todos os envolvidos em seus cuidados, omissões e outros atos violentos, tem como finalidades a definição do diagnóstico da violência e suas consequências, seu nível de gravidade, bem como da necessidade dos tipos de acompanhamentos a serem oferecidos à vítima, seus responsáveis e agressor.

Assim, foi criado o Programa HC DEDICA e estruturado o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, responsáveis, famílias e agressores, nas áreas da pediatria, psicologia, psicanálise e direito, com apoio das outras especialidades pediátricas do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná. Passou-se a receber para diagnóstico, atendimento e encaminhamentos legais, os casos considerados graves, encaminhados pelos Serviços de Pediatria do próprio Hospital de Clínicas, de outros Departamentos do Hospital, dos Conselhos Tutelares, Varas da Infância, Defensoria Pública, OAB-PR e outros.

2.11 ESCOLHA DOS COMPONENTES PRINCIPAIS DA VIOLÊNCIA E SEUS INDICADORES DE RISCO

O acompanhamento da implantação do Programa Rede de Proteção de Curitiba evidenciou a necessidade de um método objetivo para classificação da gravidade dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Foi então desenvolvido um levantamento de dados bibliográficos sobre as possíveis causas, sinais e sintomas da violência na infância e adolescência (RIBEIRO et al., 2000).

Estes dados de pesquisa foram somados ao encontrado em entrevistas com profissionais que atuavam no atendimento direto a vítimas de violência no início do Programa Rede de Proteção de Curitiba. Agregou-se a estes dados, as observações de características comuns ou mais frequentes nas vítimas,

responsáveis e agressores submetidos a avaliações periciais de processos judiciais que envolvem situações de violências graves contra criança e adolescentes (PFEIFFER e Grupo DEDICA - Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente).

Assim, por particularidades que se repetiam com maior frequência nestas avaliações e pesquisas nas situações de violência na infância e adolescência, foram definidos como principais componentes da violência contra crianças e adolescentes, a vítima, a agressão, o agressor e a família.

Para cada componente da condição de violência foram escolhidos indicadores com valor de risco graduado de 0 a 3, que dizem respeito ao ato pontual da injúria intencional, como explicitado no quadro 14.

QUADRO 14 - NÍVEL DE RISCO DOS INDICADORES

- Risco 0 - Ausência de sinais ou sintomas de traumas intencionais
- Risco 1- Sinais de trauma intencional leve
- Risco 2- Sinais de trauma intencional grave
- Risco 3- Sinais de trauma intencional gravíssimo

FONTE: PFEIFFER (2008)

2.12 PRIMEIRO MODELO DO MÉTODO

No ano de 2000 foi criado o primeiro modelo deste método, com a definição de quatro componentes a serem sempre avaliados nas situações de violência na infância e adolescência, que são: Vítima, Agressão, Agressor, Família (Pfeiffer, 2002).

Para cada um dos componentes e dos indicadores de risco era dada uma pontuação de 0 a 3 de acordo à sua gravidade, e a somatória desta pontuação aplicada a uma tabela, que definia os casos em Leve, Moderado e Grave.

Este método passou a fazer parte das avaliações das situações de violência encontradas pela rede pública e das fichas de notificação obrigatória, instituída oficialmente na cidade de Curitiba a partir de 2002 (Anexo 2).

Para estruturação do Programa Rede de Proteção de Curitiba e a consequente implantação da ficha de notificação obrigatória, houve a necessidade de capacitar os profissionais envolvidos no atendimento à infância e adolescência, para o diagnóstico e avaliação da gravidade das situações de violência nesta faixa etária.

Assim iniciou-se a aplicação do método de classificação da gravidade da violência, com a capacitação de mais de dez mil profissionais da rede pública de Curitiba, das áreas da saúde, educação, ação social, segurança e justiça, entre outros envolvidos com esta assistência, nos anos de 2000 até 2005 (OLIVEIRA, PFEIFFER ET AL., 2004).

Foi criado um banco de dados pelo Serviço de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e através da análise dos dados contidos na fichas de notificação, foi possível acompanhar os resultados desta implantação e do uso do método, descritos nos relatórios da Rede de proteção dos anos 2003 e 2004 (OLIVEIRA, PFEIFFER ET AL., 2003, 2004).

2.13 DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

O estudo dos dados contidos nas fichas de notificação obrigatória do Programa Rede de Proteção de Curitiba e de seus relatórios referentes aos anos 2003 e 2004, foi tema da dissertação de mestrado (PFEIFFER, L. 2006), pelo Programa da Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná, defendida em 2006, intitulada Perfil da Violência contra Crianças e Adolescentes na Cidade de Curitiba.

Este trabalho permitiu uma análise crítica dos resultados obtidos nos anos anteriores na Rede de Proteção de Curitiba e uma primeira revisão dos principais indicadores de risco para cada componente da violência na infância e adolescência. Com estes resultados foi proposto à Pós graduação do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná um novo estudo para aprimoramento e apresentação método, proposta esta aceita e motivo desta tese.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo prospectivo, observacional de dados obtidos em entrevista e avaliação de crianças e adolescentes envolvidos na situação de violência grave e gravíssima, atendidos no ambulatório do Programa HC DEDICA –em parceria com a Associação DEDICA – de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Serviço de Cirurgia Pediátrica, do Hospital de Clínicas de Curitiba da Universidade Federal do Paraná.

3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

Serviço de Atendimento Médico 3 (SAM 3), Anexo B do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de 24 meses, de primeiro janeiro de 2009 a 31 dezembro de 2010.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

Foi constituída de crianças e adolescentes em situação de risco para violência, encaminhados para diagnóstico e atendimento pelos diversos Serviços do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas de Curitiba, de outros Serviços ou Departamentos deste Hospital, pelos Conselhos Tutelares, Varas da Infância, Delegacias gerais e especializadas como o NUCRIA – Núcleo de Defesa da Criança e do Adolescente, Defensoria Pública e outros órgãos de proteção à infância e adolescência. Esta população era originária principalmente da cidade de Curitiba e Região Metropolitana, com alguns casos de outros municípios do estado.

Foram objeto da pesquisa 309 crianças e adolescentes. Destes, 63 foram excluídos por não manterem os critérios de inclusão, restando uma amostra de 246 casos.

3.3.1 Critérios de Inclusão

a) Crianças e adolescentes em atendidos no ambulatório HC DEDICA no período definido, que se mantiveram em acompanhamento mínimo de três meses pela equipe interdisciplinar.

3.3.2 Critérios de Exclusão

a) Crianças e adolescentes que não permaneceram no acompanhamento interdisciplinar pelo período mínimo de três meses.

b) Casos em que houve a impossibilidade em avaliar os principais envolvidos na situação de violência, por questões próprias destes.

3.4 AMOSTRAGEM

A amostragem se deu de forma não probabilística, por conveniência, de todos os casos em acompanhamento no ambulatório HC DEDICA.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

A partir deste conjunto de estudos e estruturação do ambulatório HC DEDICA, passou-se ao atendimento e acompanhamento de crianças e adolescentes em situação de risco para violência grave.

A coleta de dados e aplicação do método foi iniciada em janeiro de 2009 e se estendeu até dezembro de 2010, com avaliações individuais de criança e adolescentes em situação de risco para violência, bem como dos envolvidos no seu cuidado e também na agressão.

Por se tratarem de indicadores com elementos objetivos e subjetivos, como a lesão física aparente, mas também a qualidade de aceitação daquela gravidez, a existência de sentimentos de rejeição do filho pelos pais, ou desejo de abandono, por exemplo, a escuta dos entrevistados se dava inicialmente com a fala livre e espontânea destes, para depois um questionamento dirigido dos dados faltantes ou que haviam deixado dúvidas.

Assim, por entrevistas individuais feitas pela autora, acompanhada de um profissional da área da psicologia ou psicanálise e um médico residente de pediatria, foi pesquisada a incidência dos indicadores de risco iniciais e acrescentados outros, pela frequência de aparecimento.

Ao final das entrevistas os casos eram discutidos com os participantes, com vistas ao diagnóstico, proposta terapêutica e definição das medidas de proteção cabíveis.

O método de classificação da gravidade de cada situação de violência era aplicado pela autora e o resultado, de alguma forma, foi utilizado para auxiliar a definição do acompanhamento necessário, especialmente nos classificados como risco de morte. Estes dados foram repassados para uma planilha de pesquisa e a relação completa dos indicadores de risco para cada item e tabelas se encontram no Anexo 3.

3.6 APLICAÇÃO DO MÉTODO

Os grupos de indicadores para cada componente das situações de violência na infância e adolescência definidos estão apontados no quadro 15.

Após as entrevistas iniciais, foi aplicado o método para classificação de níveis de gravidade da violência, com registro dos indicadores de risco para os quatro componentes envolvidos na situação de violência e sua pontuação. Para cada item, foi escolhido um indicador, de valor de risco de 0 a 3.

Postula-se que seja obtida uma média pelas pontuações para cada grupo de indicadores para a vítima, agressor e família, definindo o seu grau de risco de 0 a 3.

Para o componente agressão, como está se avaliando o tipo de violência a que a vítima está sendo submetida, seja ela física, psíquica, sexual, omissão do cuidar e exploração para o trabalho, que podem ocorrer de forma isolada ou em superposições, deverá ser considerada não a média da pontuação, mas sim a maior encontrada.

QUADRO 15 - GRUPOS DE INDICADORES DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

VÍTIMA	FAMÍLIA	AGRESSÃO	AGRESSOR
Antecedentes de violência	Relacionamento com a vítima	Violência física	Antecedentes de risco
Idade de início da violência	Antecedentes	Negligência	Relacionamento com a vítima
Estado geral	Posicionamento quanto à violência	Violência Psicológica	Vínculo com a vítima
Vinculação com responsáveis	Possibilidade de proteção à vítima	Violência sexual	Comportamento
Desenvolvimento Psicomotor	Procura de atendimento	Auto-agressão	Como tenta justificar a violência
		Exploração pelo trabalho	Aceitação de tratamento

FONTE: PFEIFFER, 2008

Assim, por exemplo, nos casos de violência física de graduação de risco 3 nem sempre ela será acompanhada de violência sexual, que será de grau de risco 0. Caso seja feita a média, se minimizaria a gravidade da situação.

Desta forma, há que se considerar cada item do componente agressão suficiente por si só para indicar a gravidade do componente, devendo ser considerado para a soma geral do risco, o maior valor encontrado entre os indicadores.

Da somatória desta pontuação tem-se uma numeração de 0 a 12, que define a classificação da gravidade, como demonstrado no quadro 16.

QUADRO 16: NIVEIS DE GRAVIDADE DA VIOLENCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA SEGUNDO MÉTODO DE PONTUAÇÃO DOS RISCOS

PONTUAÇÃO	NÍVEL DE GRAVIDADE
0 A 2	AUSÊNCIA
3 A 5	LEVE
6 A 8	GRAVE
9 A 11	GRAVÍSSIMO
12	RISCO DE MORTE

FONTE: PFEIFFER (2008)

Para melhor visualização do resultado, a pontuação do risco pelos indicadores é colocada nos quadros 17 e 18, que comparada ao 16 dará a classificação da gravidade da situação de violência avaliada.

QUADRO 17 - PONTUAÇÃO DO RISCO ENCONTRADO

VÍTIMA	RISCO	FAMÍLIA	RISCO	SOMATÓRIA
Antecedentes de violência		Relacionamento com a vítima		
Idade de início da violência		Antecedentes		
Estado geral		Posicionamento quanto à violência		
Vinculação com responsáveis		Possibilidade de proteção à vítima		
Desenvolvimento Psicomotor		Procura de atendimento		
MÉDIA DA PONTUAÇÃO		MÉDIA DA PONTUAÇÃO		
AGRESSÃO		AGRESSOR		
Violência física		Antecedentes de risco		
Negligencia		Relacionamento com a vítima		
Violência Psicológica		Vínculo com a vítima		
Violência sexual		Comportamento		
Auto-agressão		Como tenta justificar a violência		
Exploração pelo trabalho		Aceitação de tratamento		
MAIOR PONTUAÇÃO ENCONTRADA		MÉDIA DA PONTUAÇÃO		
TOTAL				

FONTE: A autora (2011)

Para obtenção da média da pontuação, deverão ser somados os riscos encontrados para cada grupo de indicadores e depois divididos pelo seu número.

Como média simples, se passará ao número imediatamente inferior a somatória com decimal abaixo de cinco, e ao número imediatamente superior quando o resultado apontar para decimal 5 ou maior.

QUADRO 18 - SOMATÓRIA DO RISCO ENCONTRADO PARA OS COMPONENTES DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

NÍVEIS DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA – SISTEMA DE PONTUAÇÃO					
COMPONENTES	VÍTIMA	AGRESSÃO	AGRESSOR	FAMÍLIA	PONTUAÇÃO
NÍVEIS					
RISCO 0					
RISCO 1					
RISCO 2					
RISCO 3					
TOTAL					

FONTE: A autora, 2011

Para comparação com a Tabela de Classificação da Gravidade da Situação de Violência contra Crianças e Adolescentes, há que se observar que não se trata de uma soma quantitativa simples de pontuação.

É preciso levar em conta o aspecto qualitativo da origem do risco, pois, só poderá ser considerado como um caso sem sinais de violência onde não forem encontrados indicadores de risco para a vítima, agressão e agressor. Embora seja aceita uma pontuação de 0 a 2, esta apenas poderá ser proveniente do componente família, sem identificação de qualquer repercussão deste risco para a criança.

Da mesma forma, só poderão ser classificados como casos leves aqueles onde o risco encontrado para os componentes vítima, agressão e agressor variarem de 0 a 1. O componente família poderá ser classificado como de risco 0 a 3.

Para os casos considerados como graves, os componentes vítima e agressão só poderão ter pontuação de 1 a 2, pois uma vítima em mau estado geral (risco 3) e com agressão que necessitou tratamento hospitalar (risco 3), por exemplo, indicará uma situação de muito maior gravidade.

Assim, os casos a serem considerados como gravíssimos terão uma pontuação de risco de 2 a 3 para os componentes da vítima, agressão e agressor.

A família poderá ter pontuação de risco de 0 a 3, como por exemplo, numa situação de violência sexual cometida por estranho à vítima e família, sendo esta adequada para seguir o tratamento da criança ou adolescente e protegê-la de nova agressão, portanto, de risco 0 (Quadro 19).

QUADRO 19 - CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA					
COMPONENTES NÍVEIS	VÍTIMA	AGRESSÃO	AGRESSOR	FAMÍLIA	PONTUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO
AUSENCIA	0	0	0	0 a 2	0 - 2
LEVE	0 a 1	0 a 1	0 a 1	0 a 3	3 a 5
GRAVE	1 a 2	1 a 2	1 a 3	0 a 3	6 a 8
GRAVÍSSIMO	2 a 3	2 a 3	2 a 3	0 a 3	9 a 11
RISCO DE MORTE	3	3	3	3	12

FONTE: A autora (2011)

Da primeira proposta do método à atual, houveram algumas atualizações e avanços, como a inclusão do risco de morte e a adequação da nomeação dos níveis de gravidade à classificação adotada pelo Código Penal Brasileiro, para Leve, Grave e Gravíssimo.

Como demonstrativo da aplicação do método, será simulada na sequência uma avaliação de situação de violência.

EXEMPLO DE APLICAÇÃO DO MÉTODO:

Indicadores de Risco da Vítima:

VÍTIMA - INDICADORES ENCONTRADOS	RISCO
Antecedentes - gravidez não desejada	2
Início da violência com 7 anos	2
Estado geral regular	2
Vinculação com responsáveis fragilizada	2
DPM- atraso para faixa etária inferior	2
Média de Pontuação	2

Indicadores de Risco da Agressão:

AGRESSÃO - INDICADORES ENCONTRADOS	RISCO
Lesões físicas: sinais de tortura e ou espancamento.	3
Negligencia: descuido de proteção à saúde	2
Violência psicológica: rejeição, indiferença	3
Ausência de sinais ou sintomas de violência sexual	0
Auto agressão, indicador de risco- provocação de lesões factícias	2
Maior risco encontrado	3

Indicadores de Risco do Agressor:

AGRESSOR - INDICADORES DE RISCO	RISCO
Antecedentes de violência familiar	3
Grau de relacionamento – mãe	2
Vínculo com a vítima fragilizado	2
Comportamento- sociopatias	3
Justifica como modo de educar	2
Aceita o tratamento	2
Média de Pontuação	2,3 → 2

Indicadores de Risco da Família:

FAMÍLIA - INDICADORES DE RISCO	RISCO
Violência familiar crônica	3
Não reconhece a violência como um dano para a vítima	3
Demonstra rejeição ou indiferença	3
Recusa atendimento ou de sua continuidade	3
Não demonstra vontade ou oferece meio confiável e consistente de proteção	3
Média de Pontuação	3

Levando estes valores finais tem-se a soma de 10 pontos, que se enquadra como Situação de Violência Gravíssima.

Aplicação do Método na Tabela de Classificação dos Níveis de Gravidade da violência contra crianças e adolescentes:

NÍVEIS DE GRAVIDADE DE MAUS TRATOS – SISTEMA DE PONTUAÇÃO					
COMPONENTES	VÍTIMA	AGRESSÃO	AGRESSOR	FAMÍLIA	SOMA DA PONTUAÇÃO
NÍVEIS					
RISCO 0					
RISCO 1					
RISCO 2	2		2		4
RISCO 3		3		3	6
TOTAL					10

Com estes dados, comparando os resultados encontrados com a tabela 3, considerando a vítima e agressão de risco não superior a 2, o caso poderia ser traduzido como: provável situação de violência crônica, com uma vítima em estado geral regular, com lesão física, psicológica ou negligência que

necessita de tratamento médico e psicológico de maior complexidade, com sinais e sintomas de comprometimento em outras áreas do desenvolvimento, ligados a sinais de rejeição pelos pais e indiferença, convivência ou participação na violência pela família.

3.7 ANÁLISE FINAL E RESULTADOS

A pontuação obtida para cada caso foi transformada no diagnóstico de Situações de Violência Leve, Grave, Gravíssima e Risco de Morte e estes dados passados para a planilha de pesquisa.

Os casos foram acompanhados pela equipe interdisciplinar, com tratamento psicoterapêutico e supervisão dos aspectos legais, sociais e educacionais, como rotina do atendimento do Programa HC DEDICA.

Foram feitas discussões com a equipe sobre a situação de violência, tanto para a pesquisa, mas também e especialmente para definir-se as necessidades de tratamento e de outras intervenções de proteção.

Assim obteve-se um novo diagnóstico, considerado o padrão ouro, pela consistência da avaliação, tempo de observação e maior abrangência investigatória pela visão interdisciplinar.

Nenhum profissional da equipe tinha conhecimento do diagnóstico inicial nem do estudo comparativo.

Estes diagnósticos feitos pela equipe foram registrados na planilha de pesquisa e a comparação dos dois resultados foi desenvolvida através de estudo dirigido para os fatores determinantes de cada diagnóstico, e estudo geral da significância dos indicadores de risco e do método de classificação da gravidade.

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados foram obtidos pelo pesquisador e registrados no instrumento de coleta de dados. Os dados foram digitados em planilha

eletrônica (*Microsoft Excel®*), conferidos e exportados para posterior análise estatística (*Statistica - Statsoft®*).

A estimativa da diferença entre frequências foi realizada pelo teste qui-quadrado de Pearson. Índices de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, índices de falso positivo e falso negativo e acurácia foram calculados para estimar a capacidade diagnóstica do método proposto, considerando como padrão-ouro o diagnóstico realizado pela equipe multidisciplinar do Ambulatório do Programa HC DEDICA - Programa de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

O coeficiente de concordância de Kappa foi calculado para estimar o grau de concordância entre os diagnósticos estabelecidos pela equipe multidisciplinar e pelo método de classificação de gravidade proposto.

Para todos os testes foi considerado um nível mínimo de significância de 5%, com poder de teste não inferior a 90% com a amostra estudada.

3.9 ÉTICA EM PESQUISA

O projeto intitulado “Proposta de Classificação de Níveis de Gravidade dos Casos de Maus Tratos na Infância e Adolescência”, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em reunião realizada no dia 26 de julho de 2005, sob protocolo CAAE: 0138.0.208.000-05, CEP: 1082.121/2005-07. Foi dispensado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 4).

3.10 FOMENTOS, FINANCIAMENTOS E PARCERIAS*

Participaram do estudo, como profissionais voluntários na assistência à população alvo, o médico Psicanalista Léo Cardon, o Pediatra Luiz Pujol, o Promotor de Justiça Alberto Vellozo Machado, a advogada Márcia Caldas, a pediatra Alessandra Petruzzi, as psicólogas e psicanalistas Giustinella Sica,

Eliana Barbosa, Patrícia Souza, Rosangela Urias, Sandra Fuga, Simone Rotz, as estagiárias em psicologia Adriana Scucato e Carla Broglio, além dos médicos residentes em Pediatria pelo Departamento de Pediatria da UFPR.

A CAPES financiou parcialmente a pesquisa através da concessão de bolsa de doutorado à autora.

4 RESULTADOS

Como resultados do estudo, da avaliação dos 246 casos, tem-se uma parte inicial que demonstra o perfil da população estudada e outra parte que apresenta os componentes da situação de violência e seus indicadores.

4.1 PERFIL DA POPULAÇÃO ESTUDADA

4.1.1 Frequência da Violência de Acordo à Faixa Etária das Crianças e Adolescentes

Dos 246 casos pesquisados, 2% tratavam-se de crianças abaixo de um mês de idade, 4,1% acima de um mês a um ano e 13% de 1 ano até 5 anos. Deste até os 12 anos de idade, encontraram-se 52,8 % dos casos. Acima de 12 anos até os 18, estavam 28% da população estudada, conforme Tabela 1.

TABELA 1 - FREQUÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE ACORDO À FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	N	%
Menos de um mês	05	2,0
1 mês a 1 ano	10	4,1
1 ano e 1 dia a 3 anos	14	5,7
3 anos e um dia a 5 anos	18	7,3
5 anos e um dia a 7 anos	36	14,6
7 anos e um dia a 9 anos	28	11,4
9 anos e um dia a 12 anos	66	26,8
12 anos e um dia a 15 anos	50	20,3
15 anos e um dia a 18 anos	19	7,7
Total	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

Seguindo a classificação por faixas etárias utilizadas pelo Ministério da Saúde, tem-se que 6,1% das vítimas estavam na faixa etária abaixo de um ano, 13% de 1 a 5 anos, 26% de 6 a 9 anos.

4.1.2 Frequência da Violência de Acordo ao Estágio de Desenvolvimento

Quanto ao estágio de desenvolvimento das vítimas, que evidencia as situações de maior dependência e fragilidade, tem-se que 6,9% se tratavam de lactentes, 54,1% crianças, 22,3% pré-adolescentes e 16,7% púberes (Tabela 2).

TABELA 2 - FREQUÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE ACORDO COM O ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO

ESTADO DE DESENVOLVIMENTO	N	%
Lactente	17	6,9
Criança	133	54,1
Pré-púberes	55	22,3
Púbere	41	16,7
Total	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

4.1.3 Frequência da Violência de Acordo ao Gênero das Vítimas

Dos 246 casos estudados, 41,9% eram do sexo masculino e 58,1% do feminino (Tabela 3).

TABELA 3 - INCIDÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE ACORDO COM O GÊNERO DAS VÍTIMAS

GÊNERO	N	%
Feminino	143	58,1
Masculino	103	41,9
Total	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

4.1.4 Frequência da Violência de acordo à raça das vítimas

Dos 246 casos estudados, 78,5% pertenciam à raça branca, 13,4% à parda, 5,7% negra, 2,0% indígena e 0,4% à raça oriental (Tabela 4).

TABELA 4 - FREQUÊNCIA DE ACORDO COM À RAÇA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

COR	N	%
Branco	193	78,5
Pardo	33	13,4
Preto	14	5,7
Indígena	05	2,0
Amarelo	01	0,4
Total	246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

4.1.5 Frequência de Acordo a Escolaridade das Crianças e Adolescentes

Quanto à escolaridade das vítimas, 15,1% tratavam-se de crianças com idade abaixo de seis anos, fora da idade obrigatória para o ingresso na escola e sem frequência à creches ou unidades de educação infantil.

Cursavam o primeiro grau 62,6% delas, 12,6% estavam em unidades de educação infantil, 1,6% no segundo grau.

Encontravam-se em classe especial, destinada a alunos com graves dificuldades de aprendizagem 4,5% das crianças e adolescentes e 0,8% em escola especial, para portadores de deficiências.

Apesar da idade ser superior a 7 anos, 2,8% das vítimas nunca haviam frequentado uma escola, conforme Tabela 5.

TABELA 5 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS VÍTIMAS

ESCOLARIDADE	n	%
Primeiro grau	154	62,6
Fora da idade escolar	37	15,1
Unidade de educação infantil	31	12,6
Classe especial	11	4,5
Nunca frequentou	07	2,8
Segundo grau	04	1,6
Escola especial	02	0,8
Total	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

4.1.6 Desempenho Escolar das Vítimas de Violência

Do desempenho escolar das crianças e adolescentes, tem-se que 15,1% estavam fora da idade escolar e 12,6% em unidades de educação infantil, não sendo aplicável a avaliação da função acadêmica. Apresentavam desempenho escolar adequado à idade 26,8% delas, 22,0% tinham atraso na escolaridade por faltas frequentes ou mesmo abandono da escola por períodos anteriores. Outras 49 crianças e adolescentes, 19,9% do total, estavam em séries inferiores à esperada para a idade por dificuldades graves de aprendizagem e a consequente repetência. Outra que representou 0,4% do total, iniciou tardiamente a escolaridade e 2,8% nunca haviam frequentado uma escola (Tabela 6).

TABELA 6 - DESEMPENHO ESCOLAR DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

DESEMPENHO ESCOLAR	n	%
Adequado à idade	66	26,8
Atraso por faltas frequentes ou abandono da escola	54	22,0
Atraso por dificuldade de aprendizagem – repetência	49	19,9
Fora da idade escolar	37	15,0
Não se aplica - Unidade de educação infantil	32	13,0
Nunca frequentou	07	2,8
Atraso por não ser matriculado	01	0,4
Total	246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

4.1.7 Responsável pela Guarda da Criança ou Adolescente

Considera-se a guarda como a condição de responsabilidade sobre a criança ou adolescente, que pode existir naturalmente pela filiação, ou por apenas um dos pais, avós ou parentes decorrente de várias situações, entre morte, abandono ou acordo, que passa pelo verbal a judicial.

Outras formas de guarda podem surgir dentro da indefensibilidade da infância e adolescência, pois sem condições de sustento próprio, muitas vezes são deixadas sob o cuidado de terceiros, ou em instituições de acolhimento, ou ainda, em situação de rua.

Foram avaliadas várias situações de definição de guarda na população estudada, como demonstra a tabela 7.

TABELA 7 - RESPONSÁVEL PELA GUARDA DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

GUARDA OU TUTELA DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE	n	%
Natural ambos os pais	71	28,9
Guarda provisória de avós, tios ou parentes	37	15,0
Mãe, por decisão judicial	33	13,4
Mãe, por abandono paterno	26	10,6
Tutela do Estado por situação de violência dos pais	22	8,9
Pai, por abandono materno	17	6,9
Mãe, sem reconhecimento de paternidade	12	4,9
Tutela Estado por abandono dos pais/família	06	2,4
Mãe, por morte paterna	04	1,6
Adoção legal	04	1,6
Guarda informal de não parentes	06	2,4
Guarda definitiva de avós, tios ou parentes	03	1,2
Pai, por decisão judicial	03	1,2
Mãe por acordo entre os pais	01	0,4
Pai, por morte materna	01	0,4
Total	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

Para maior clareza da identificação do responsável pela criança ou adolescente, separaram-se os casos pela pessoa indicada como tal, independentemente da razão ou condição que levou a esta situação.

Assim, 30,9% das crianças estavam sob a guarda da mãe, 28,9% permaneciam sob a guarda natural de ambos os pais. Sob a responsabilidade provisória de avós, tios ou parentes se encontravam 15,0% do total.

Em instituições de acolhimento, sob a tutela do Estado, 11,4%, sob a guarda do pai, 8,6%. Com pessoas não parentes, 2,4%, em família adotiva 1,6% e com guarda definitiva de avós, tios ou parentes, com perda do poder familiar dos pais, 1,2% (Tabela 8).

TABELA 8 – PESSOA RESPONSÁVEL PELA GUARDA DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

GUARDA OU TUTELA	n	%
Mãe	76	30,9
Natural ambos os pais	71	28,9
Guarda provisória de avós, tios ou parentes	37	15,0
Tutela do Estado	28	11,4
Pai	21	8,6
Guarda informal de não parentes	06	2,4
Adoção legal	04	1,6
Guarda definitiva de avós, tios ou parentes	03	1,2
Total	246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

4.1.8 Local de Residência

O local da residência da criança ou adolescente foi definido como aquele em que passavam a maior parte dos dias da semana e mantinham seus pertences pessoais e de escola.

Assim, residiam com a família nuclear 32,9% da população estudada, com a mãe 21,1%, com a família extensa 20,3%, em instituição de acolhimento 11,4%. Com o pai residiam 8,9% das crianças e adolescentes, 2,4% com não parentes e 3 deles, ou 1,2% se encontravam em situação de rua.

Em 4 casos, 1,6%, não se conseguiu obter informação segura do local de residência (Tabela 9).

TABELA 9 - LOCAL DE RESIDÊNCIA DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

LOCAL DE RESIDÊNCIA	n	%
Família nuclear	81	32,9
Mãe	52	21,1
Família extensa	50	20,3
Instituição de acolhimento	28	11,4
Pai	22	8,9
Não parentes	06	2,4
Não informa	04	1,6
Morador de rua	03	1,2
Total	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

4.1.9 Nível de Escolaridade dos Pais

Por ordem de nível de escolaridade, tem-se que 4,9% das mães eram analfabetas e 16,3% semianalfabetas, tendo cursado 2 a 3 anos de escola básica.

Sem completar o ensino de primeiro grau, teve-se 37,8% e tendo terminado, 10,6%.

Cursaram parte do segundo grau 2,4% das mães e 11,8% o concluíram; 4,9% iniciaram o terceiro grau e 4,5% o concluíram.

Seguiram o curso técnico 1,2% das mães, sendo que 2 delas, ou 0,8% do total haviam concluído pós-graduação com doutorado.

Em 12 casos ou 4,8 % não se obteve a informação, por estar a mãe afastada da convivência com a criança ou adolescente.

Dos pais das crianças e adolescentes estudados, tem-se que 2% eram analfabetos e 15,9% semianalfabetos, com 2 a 3 anos de escola básica, com condição de escrita ou leitura rudimentar.

Com primeiro grau incompleto, corresponderam 32,9% do total e completo, 5,7%.

Cursaram parte do segundo grau 1,2% dos pais e 9,8% o concluíram.

Tinham graduação de terceiro grau 7,3% dos pais e 2% mestrado. Um genitor tinha curso técnico e em 56 casos ou 22,8% do total, não se obteve a informação (Tabela 10).

TABELA 10 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PAIS

ESCOLARIDADE	MÃE		PAI	
	n	%	n	%
Analfabeto	12	4,9	05	2,0
Semi-analfabeto	40	16,3	39	15,9
Fundamental incompleto	93	37,8	81	32,9
Fundamental completo	26	10,6	14	5,7
Médio incompleto	06	2,4	03	1,2
Médio completo	29	11,8	24	9,8
Superior incompleto	12	4,9	00	0,0
Superior completo	11	4,5	18	7,3
Técnico	03	1,2	01	0,4
Pós-Graduação	02	0,8	05	2,0
Desconhecido	12	4,8	56	22,8
Total	246	100,0	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

4.1.10 Origem do Encaminhamento

Quanto à origem do encaminhamento para o Programa HC DEDICA, 29,7% vieram dos diversos serviços do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas de Curitiba.

De outros Departamentos e serviços deste Hospital, foram encaminhados outros 7,3% dos casos e por solicitação do próprio Programa, como no caso de irmãos e outros envolvidos na situação de violência, 3,7% representando 40,7% do total.

Os Conselhos Tutelares de Curitiba e Região Metropolitana encaminharam 24,8% dos casos, as Varas da Infância 12,2%, a Delegacia da Criança e do Adolescente, NUCRIA, 6,1%.

A Defensoria Pública do Estado do Paraná enviou para atendimento 5,3% dos casos. As escolas e instituições de acolhimento foram responsáveis por 2,8% dos casos (Tabela 11).

TABELA 11 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO DAS VÍTIMAS

LOCAL DE ENCAMINHAMENTO	n	%
HC Pediatria	73	29,7
Conselho Tutelar	61	24,8
Vara da Infância	30	12,2
Outros	18	7,3
Delegacia NUCRIA	15	6,1
HC outro	15	6,1
HC DEDICA	12	4,9
Defensoria Pública	11	4,5
Escolas	05	2,0
HC Cirurgia Pediátrica	03	1,2
Instituições de acolhimento	03	1,2
Total*	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

4.1.11 Renda per Capita da Família e Vítima

Das 246 crianças e adolescentes, 10,2% estavam em instituições de abrigamento, não sendo possível avaliar a renda per capita e de 2,4% não se obteve a informação.

Encontravam-se em situação de miséria, 11,8% do total e 11,4% declararam receber menos de um salário mínimo.

Tinham renda per capita entre 1 a 3 salários de referência, 20,7%, de 3 a 5, 8,9%, de 5 a 7 salários, 3,7%.

Recebiam de 7 a 10 salários per capita 1, 2% da população assistida e, 3,3% ganhavam mais de 10 salários (Tabela 12).

TABELA 12 - RENDA PER CAPITA DA FAMÍLIA E VÍTIMA

RENDA FAMILIAR	N	%	RENDA FAMILIAR	n	%
Miséria	29	11,8	De 7,1 a 10	03	1,2
Menos de 1	28	11,4	Mais de 10	08	3,3
De 1 a 3	51	20,7	Não informa	06	2,4
De 3,1 a 5	22	8,9	Não se aplica	25	10,2
De 5,1 a 7	09	3,7	Total	246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

4.2 RESULTADOS OBTIDOS PELA APLICAÇÃO DO MÉTODO

4.2.1 Avaliação dos Indicadores de Risco da Vítima

Foram definidos para análise do risco para a vítima, os seguintes grupos de indicadores: antecedentes de situações de violência da vítima; idade de início da violência; estado geral da vítima; qualidade de vinculação da vítima com os responsáveis; situação de desenvolvimento psicomotor; condições de convivência social da vítima; desempenho escolar da vítima.

4.2.1.1 Antecedentes de situações de violência da vítima

Dos antecedentes de situações de violência da vítima, tem-se 3 casos sem registro e 3 sem antecedentes identificáveis.

Enquadrados como de risco 1, ou leve, 4,9% dos casos apontaram a morte de um dos responsáveis em 4,9% e 4,1% para despreparo para função materna e ou paterna.

A dificuldade de aceitação da gravidez, mãe adolescente e relato de gravidez ou parto como situações desagradáveis foram responsáveis, cada indicador, por 1,2% dos casos.

Com a classificação de risco 2 tem-se o abandono de mãe com 5,8% dos casos, do pai em 4,9% e a rejeição familiar em 4,5%.

Gravidez não aceita foi encontrada em 4,1% dos casos e os outros indicadores se apresentam em menores índices.

Com indicadores de risco 3 encontra-se 25,1% dos casos com situação de violência grave entre os pais e 8,1% com relato de abandono de ambos os pais.

A descrição de gravidez como um sofrimento foi o principal indicador de antecedentes de risco em 7% dos casos e 4,5% deles foram classificados em nível de risco 3 por histórico materno de depressão pós-parto ou outra doença mental.

Outros 3,3%, por serem portadores de algum tipo de deficiência que os mantinha em dependência total de seus responsáveis e por histórico de adoção ou guarda imposta (Tabela 13).

TABELA 13: PERCENTUAL ENCONTRADO PARA OS ANTECEDENTES DE - VIOLÊNCIA DA VÍTIMA

INDICADORES	n	%
Risco 0		
Ausentes	03	1,2
Risco 1		
Morte de um dos responsáveis	12	4,9
Despreparo dos pais para a função materna e paterna	10	4,1
Dificuldade de aceitação da gravidez	03	1,2
Mãe adolescente	03	1,2
Relato da gravidez ou parto como situações desagradáveis	03	1,2
Risco 2		
Abandono de mãe	14	5,8
Abandono do pai	12	4,9
Rejeição familiar	11	4,5
Gravidez não aceita	10	4,1
Gravidez que levou a casamento não desejado	05	2
Adoção irregular	04	1,6
Pais adolescentes	03	1,2
Portadores de doenças crônicas com dependência parcial	02	0,8
Gravidez de risco, ou descrita como de grandes dificuldades	02	0,8
Filho diferente das expectativas de aparência, vitalidade ou sexo	02	0,8
Mãe com doença crônica com risco de morte	01	0,4

continua

Risco 3

Situação de violência grave entre os pais	61	25,1
Abandono dos pais ou responsáveis	21	8,6
Gravidez e ou parto descritos como de sofrimento	17	7
Histórico materno de depressão pós-parto ou outra doença mental	11	4,5
Deficiência, ou doença crônica e dependência total dos responsáveis	12	4,9
Adoção ou guarda imposta	08	3,3
Criança colocada como doente ou deficiente, sem patologia identificável	06	2,5
Relato pela mãe de desejo de abandono	05	2,1
Tentativa de interrupção da gravidez	02	0,8
Total*	243	100,0

FONTE: A autora (2011)

Nota: *Não foi registrada a informação em 3 casos

Numa visão geral dos níveis de risco quanto aos antecedentes de violência da criança ou adolescente vítima, tem-se, como ilustrado no gráfico 1, que 1,2% não apresentaram antecedentes de violência, 12,8% antecedentes de nível 1, 27,2% de nível 2 e 58,8% de nível 3.

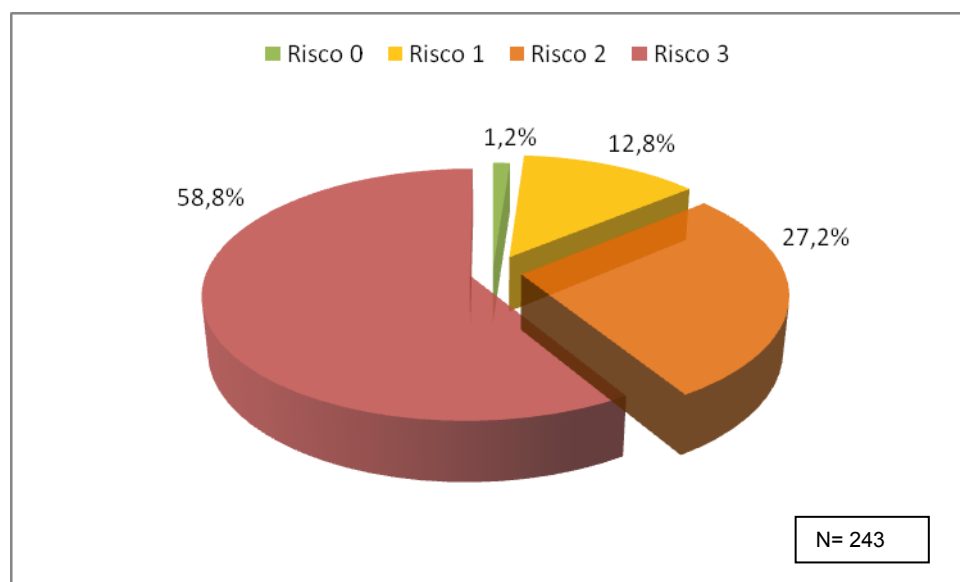


GRÁFICO 1 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM OS ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DA VÍTIMA

FONTE: A autora (2011)

4.2.1.2 Avaliação da idade de início da violência

Quanto à idade em que se iniciou a situação de violência contra crianças e adolescentes sujeitos da análise, apenas um caso não se aplicou o risco, por não ter nenhum histórico de qualquer tipo de violência, tendo sido considerado como erro diagnóstico dos que o encaminharam.

Em 0,8% dos casos a violência iniciou após os 12 anos de idade e foi considerada de risco 1. De risco 2 foram encontradas 9,8% de crianças entre 7 a 12 anos e 5,7 % de crianças de 5 anos e dia a 7 anos .

Com nível de risco 3 tem-se 51,6% em que o histórico de violência, como violência do pai da criança contra gestante, da família contra ela e dela contra o bebê, com tentativas de abortamento ou desejo de abandono e 12,6% no primeiro mês de vida, 8,1% no segundo mês até dois anos e 11 % com idade de mais de 2 anos até os 5, conforme Tabela 14.

TABELA 14 - IDADE DE INÍCIO DA VIOLÊNCIA		
INDICADORES	N	%
Risco 0		
Não se aplica	01	0,4
Risco 1		
Acima de 12 anos	02	0,8
Risco 2		
De 7 anos e um dia a 12 anos	24	9,8
De 5 anos e um dia a 7 anos	14	5,7
Risco 3		
De 2 a 5 anos	27	11,0
Segundo mês a 2 anos	20	8,1
Primeiro mês de vida	31	12,6
Na gravidez	127	51,6
Total*	246	100,0
FONTE: A Autora (2011)		

Exclusivamente pela classificação de risco, tem-se que 83,4% dos casos tiveram risco 3 quanto à idade de início da violência, 15,4% risco 2 e 0,8% dos casos risco 1, como ilustra o gráfico 2.

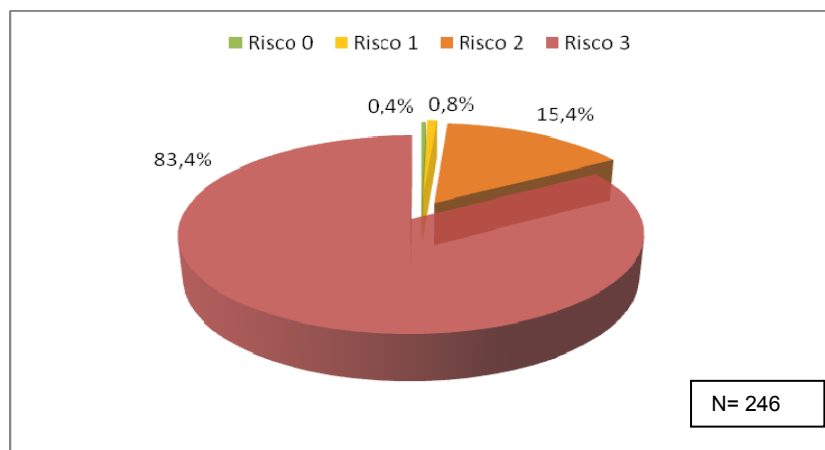


GRAFICO 2: NÍVEL DE GRAVIDADE - IDADE DE INÍCIO DA VIOLÊNCIA

FONTE A Autora (2011)

4..2.1.3 Incidência na avaliação do estado geral da vítima

Da avaliação do estado geral da vítima, em relação a suas condições físicas e psíquicas, tem-se que 1,2% da população estudada apresentava-se em bom estado geral, sem comprometimento aparente da saúde física e mental. Eram portadoras de sinais de alterações devido a negligencia, lesões físicas e ou psíquicas leves 1,2%.

Do total, 44,3% se encontravam com estado regular por alterações psíquicas atuais, 9,3% com estado geral regular por alterações devidas à negligência e 4,1% por alterações físicas atuais.

Com nível de risco 3, 21,5% apresentavam alterações físicas e psíquicas atuais e sequelares, em mau estado geral.

Nesta mesma classificação, com alterações físicas, psíquicas e sexuais tem-se 9,3% dos casos e 4,1% com alterações psíquicas atuais e sequelares, como apresentado na Tabela 15.

Dentro da avaliação dos nível de gravidade dos indicadores de risco quando ao estado geral, tem-se que 1,2% não apresentavam risco quanto ao estado geral e 1,2% tinham risco de nível 1.

Com risco de nível 2 se encontravam 57,7% dos casos e com nível 3, 39,8% (Gráfico 3).

TABELA 15 - PERCENTUAL QUANTO AO ESTADO GERAL DA VÍTIMA

INDICADORES	n	%
Risco 0		
Bom estado geral, físico e emocional	03	1,2
Risco 1		
Bom estado geral, sinais de negligência, alterações físicas e ou psíquicas leves	03	1,2
Risco 2		
Estado geral regular com alterações psíquicas atuais	109	44,3
Estado geral regular com sinais de negligência	23	9,3
Estado geral regular com alterações físicas atuais	10	4,1
Risco 3		
Mau estado geral por alterações físicas e psíquicas atuais e sequelares	53	21,5
Mau estado geral por com alterações físicas, psíquicas e sexuais	23	9,3
Mau estado geral com alterações psíquicas atuais e sequelares	22	8,9
Total	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

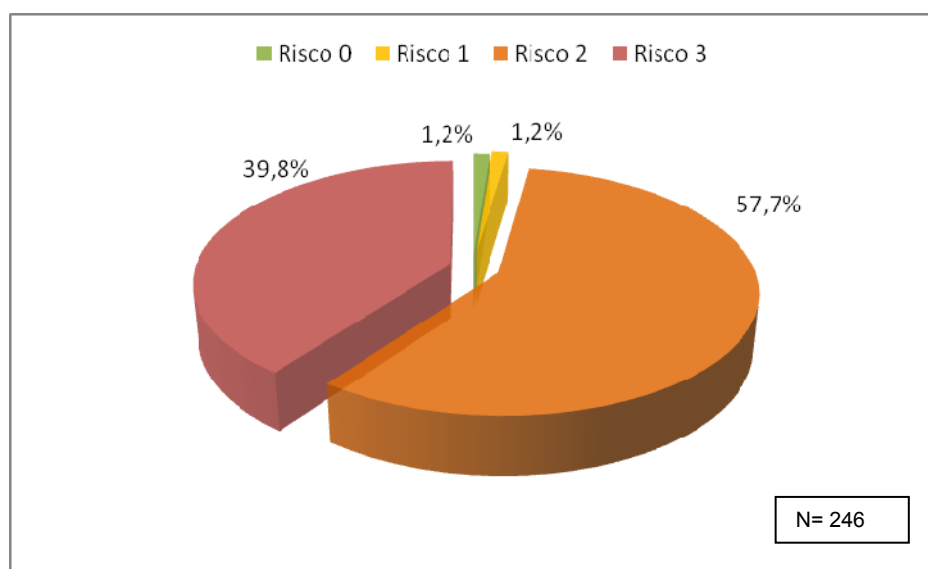


GRAFICO 3: NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO AO ESTADO GERAL DA VÍTIMA

FONTE: A Autora (2011)

4.2.1.4 Qualidade de vinculação da vítima com responsáveis

Da avaliação dos sinais de vinculação da criança ou adolescente com o ou os responsáveis tem-se que 6,2% das crianças e adolescentes não apresentavam nenhum sinal ou sintoma que indicasse risco.

Em 3,3% dos casos foi encontrado vínculo diminuído com um dos responsáveis por situações temporárias do relacionamento, não dirigido à criança, como nos processos de separações do casal, com nível de risco 1.

De risco 2 tem-se 11,9% dos casos por diminuição de vínculos com os dois responsáveis, 10,7% diminuídos por alterações crônicas do relacionamento com um dos responsáveis e em 3,7%, por alienação parental por um dos pais.

O risco 3 foi encontrado em 23,5% dos casos com ausência de vínculos entre vítima e responsáveis, em 14,8% com vínculos fragilizados desde a gravidez, e em 14,8% com vínculos sadomasoquista ou perverso.

Demonstrando medo, raiva, rancor ou repúdio pelos responsáveis corresponderam 7,4% dos casos, 2,1% apresentavam vínculos distorcidos em relação incestuosa dos responsáveis e 1,6% tratavam-se de filhos de relação incestuosa, como apontado na tabela 16.

TABELA 16 – VINCULAÇÃO ENTRE PAIS E RESPONSÁVEIS

INDICADORES	N	%
Risco 0		
Boa, sem alterações do relacionamento	15	6,2
Risco 1		
Vínculo diminuído em relação a um dos responsáveis	08	3,3
Risco 2		
Diminuídos em relação aos dois responsáveis	29	11,9
Diminuídos, com alterações crônicas com um dos responsáveis	26	10,7
Diminuídos com um dos responsáveis por alienação parental	09	3,7

continua

Risco 3

Ausência de formação ou perda de vínculos	57	23,5
Fragilizados desde a gravidez	36	14,8
Vínculos distorcidos, sadomasoquista ou perverso	36	14,8
Demonstrações de sentimentos de medo, raiva, rancor ou repúdio	18	7,4
Vínculos distorcidos em relação incestuosa	05	2,1
Filho de vínculo incestuoso	04	1,6
Total*	243	100,0

FONTE: A Autora (2011)

Na somatória dos casos de acordo ao nível de risco, tem-se que 6,2% apresentaram risco 0 e 3,3% risco 1. O risco 2 para vinculação entre a vítima e responsáveis somaram 26,3% dos casos e com risco 3, 64,2% (Gráfico 4)

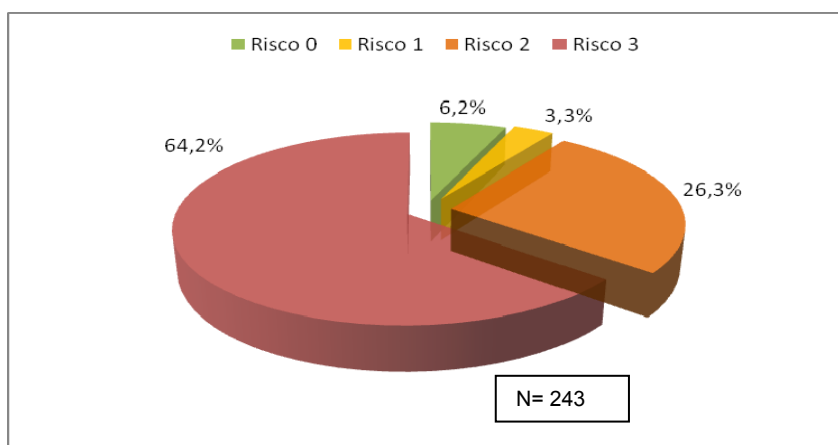


GRÁFICO 4 NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A VINCULAÇÃO ENTRE PAIS E RESPONSÁVEIS

FONTE: A Autora (2011)

4.2.1.5 Situação de desenvolvimento psicomotor:

Do total da amostra de 246 pacientes, não foi registrada esta informação em 3 deles. Entre 243 pesquisados, 25,1% apresentavam desenvolvimento psicomotor normal para a faixa etária, com risco 0 para este indicador.

O risco 1 foi identificado em 32,9% do total, em crianças que apresentavam estágio de desenvolvimento compatível com a faixa etária imediatamente inferior.

Crianças portadoras de patologias crônicas que afetam áreas do desenvolvimento apresentaram atraso abaixo do limite esperado, correspondendo a 2,1% do total, sendo classificadas também como de risco 1. De risco 2 corresponderam 19,3% do total da amostra, com crianças com impossibilidade de atividades mínimas da faixa etária inferior.

De risco 3 foram identificadas 11,9% das crianças e adolescentes que apresentavam atraso global de desenvolvimento e 8,6%, déficit importante que as impedia de fazer frente às atividades básicas de vida diária (Tabela 17).

TABELA 17 - DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

INDICADORES	n	%
Risco 0		
Normal para a faixa etária	61	25,1
Risco 1		
Nos limites da faixa etária imediatamente inferior	80	32,9
Abaixo do limite para patologias que afetam áreas do desenvolvimento	05	2,1
Risco 2		
Impossibilidade das atividades mínimas da faixa etária inferior	47	19,3
Risco 3		
Déficit que impede as atividades básicas da vida diária para a idade	21	8,6
Atraso global do desenvolvimento, cognitivo, e ou motor e ou relacional	29	11,9
Total*	243	100,0

FONTE: A autora (2011)

Quanto aos níveis de gravidade dos indicadores de risco para o desenvolvimento psicomotor da vítima, tem-se que 25,1% não apresentavam indicadores de risco, 35% se enquadravam em risco de nível 1, 19,3% de nível 2 e 20,6% de nível 3 (Gráfico 5).

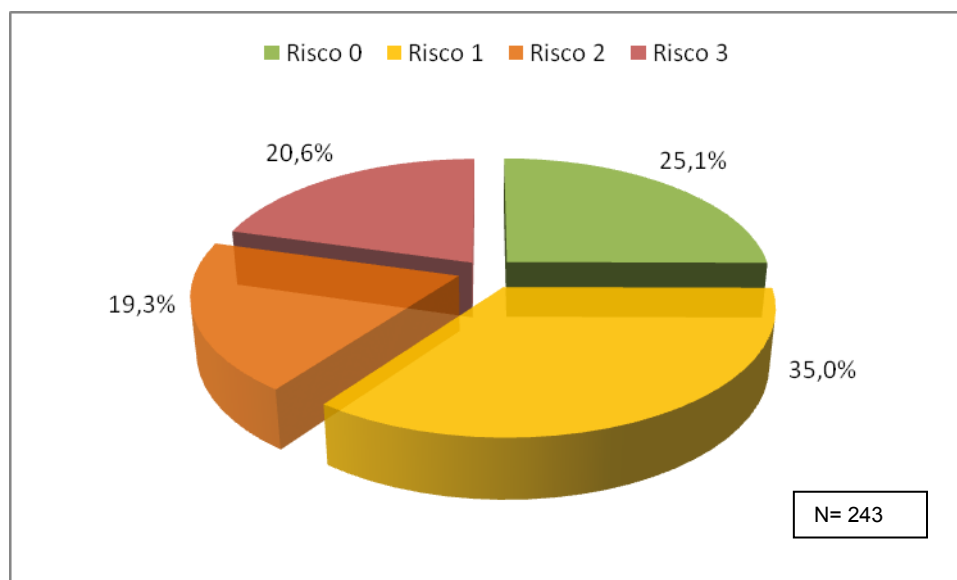


GRÁFICO 5 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

FONTE: A Autora (2011)

4.2.1.6 Condições de convivência social da vítima

Da amostra total, obteve-se 243 casos em que foi registrada esta informação e destes 11,9% correspondem a crianças abaixo de 3 anos, onde a possibilidade de convivência se restringe a seu núcleo familiar, não sendo possível portanto a aplicação deste indicador.

Do total, 4,9% apresentavam indicador de risco 0, isto é, não demonstravam nenhuma dificuldade no relacionamento familiar e em sociedade.

O encontro de queixas de dificuldades temporárias e pontuais de convivência social corresponderam 1,2% dos casos, enquadrados no risco de nível 1.

De nível 2, apresentando respostas eventuais exacerbadas de apatia ou agressividade, corresponderam 28% dos casos; 11,9% relataram dificuldades de relacionamento entre pares, levando a um distanciamento daqueles de suas faixas etárias.

O risco 3 foi encontrado em 31% do total de casos, por dificuldades de socialização, com atitudes exacerbadas, agressivas ou de apatia constantes,

além de 10,3% se apresentaram como impossibilidade de convivência entre pares e ou entre meios sociais necessários, como escola, vizinhos e parentes e 0,8% cometeram atos compatíveis com delinquência (Tabela 18).

No gráfico 6 estão ilustrados os percentuais de riscos totais obtidos.

TABELA 18 - CONDIÇÕES DE CONVIVÊNCIA SOCIAL DA VÍTIMA

INDICADORES	N	%
Risco 0		
Não se aplica pela faixa etária inferior a três anos de vida	29	11,9
Normal com boa convivência familiar e social	12	4,9
Risco 1		
Dificuldades temporárias e pontuais, como em escolas e meio social	03	1,2
Risco 2		
Respostas eventuais exacerbadas, de apatia ou agressividade	68	28,0
Dificuldades de relacionamento entre pares	29	11,9
Risco 3		
Dificuldade de socialização, com atitudes exacerbadas, agressivas ou de apatia constantes	75	31,0
Impossibilidade de convivência entre pares e ou entre meios sociais necessários, como escola, vizinhos e parentes	25	10,3
Delinquência	02	0,8
Total*	243	100,0

FONTE: A autora (2011)

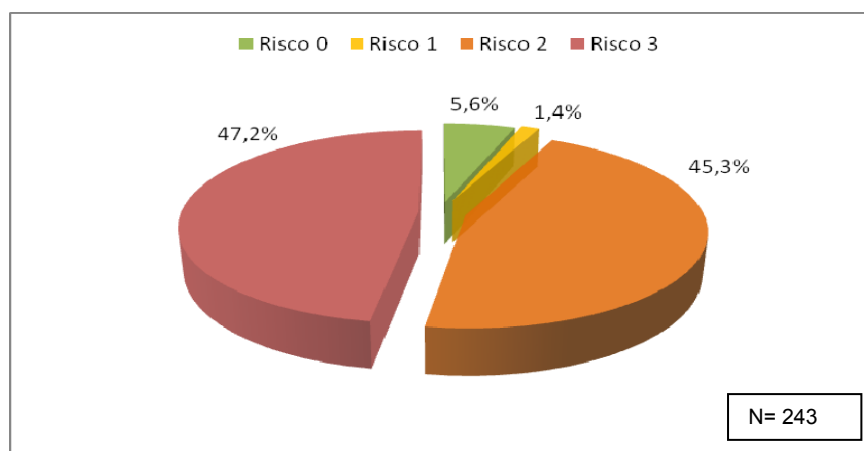


GRÁFICO 6: NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DE CONVIVÊNCIA SOCIAL DA VÍTIMA

FONTE: A Autora (2011) – Nota: Excluídos os casos em que não se aplica

4.2.1.7 Desempenho escolar da vítima

Quanto ao desempenho acadêmico da criança ou adolescente, tem-se que 28,6% estavam fora da idade escolar, não estando indicada esta avaliação. Sem risco para este indicador, ou com risco 0 se encontravam 13,9% das crianças adolescentes avaliados.

Crianças ou adolescentes com patologias orgânicas ou deficiências que dificultam ou impedem o aprendizado normal perfaziam 1,7% do total de casos.

De risco 1 foram classificadas 3,4% das crianças e adolescentes por apresentarem dificuldades temporárias ou leves, com rendimento escolar mínimo necessário.

O encontro de repetências, com impossibilidade do aprendizado mínimo para a idade e maturidade foi enquadrado como de risco 2 e correspondeu a 5% da amostra.

De risco 2, tem-se 15,5% da amostra com dificuldades crônicas de aprendizagem, com necessidade frequente de reforço ou recuperação, além de 5% com histórico de abandono escolar por graves dificuldades de aprendizagem ou por imposição ou negligência dos responsáveis.

De risco 3 foram classificados 19,4% das crianças e adolescentes por apresentarem histórico de repetências, com impossibilidade do aprendizado mínimo para a idade e maturidade.

Também nesta classificação de risco (3) encontrou-se 8 % de vítimas com antecedentes de repetências, com impossibilidade de aprendizagem mínima para a idade e maturidade psíquica esperada.

Tratavam-se de portadores de patologias que interferem na capacidade de aprendizagem 2,9% do total, mas com impossibilidade do acompanhamento esperado.

Em 1,7% dos casos, tinha-se crianças e adolescentes que foram expulsos da escola por queixas de agressividade ou delinquência (Tabela 19).

TABELA 19 - DESEMPENHO ESCOLAR DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

INDICADORES	N	%
Risco 0		
Não se aplica por estar fora da idade escolar	68	28,6
Adequado para a idade	33	13,9
Atraso por patologias orgânicas ou deficiências que dificultam o aprendizado	04	1,7
Risco 1		
Dificuldades temporárias ou leves, com rendimento mínimo necessário	08	3,4
Risco 2		
Dificuldades crônicas, com necessidade frequente de reforço ou recuperação	37	15,5
Repetência	12	5,0
Risco 3		
Abandono escolar por dificuldades, imposição ou negligência dos responsáveis	46	19,4
Repetências, com impossibilidade do aprendizado mínimo para a idade e maturidade	19	8,0
Impossibilidade de acompanhamento ao esperado para portadores de patologias que interferem na capacidade de aprendizagem	07	2,9
Fora da escola por expulsão	04	1,7
Total*	238	100,0

FONTE: A autora (2011)

Excluídos os 68 casos de crianças e adolescentes fora da idade escolar, foram classificados como de risco de nível 0, 21,8% da amostra estudada.

Com risco 1, foram enquadrados 4,7% do total, sendo de risco 2, 28,8% e de risco 3, 44,7%, como apontado no gráfico 7.

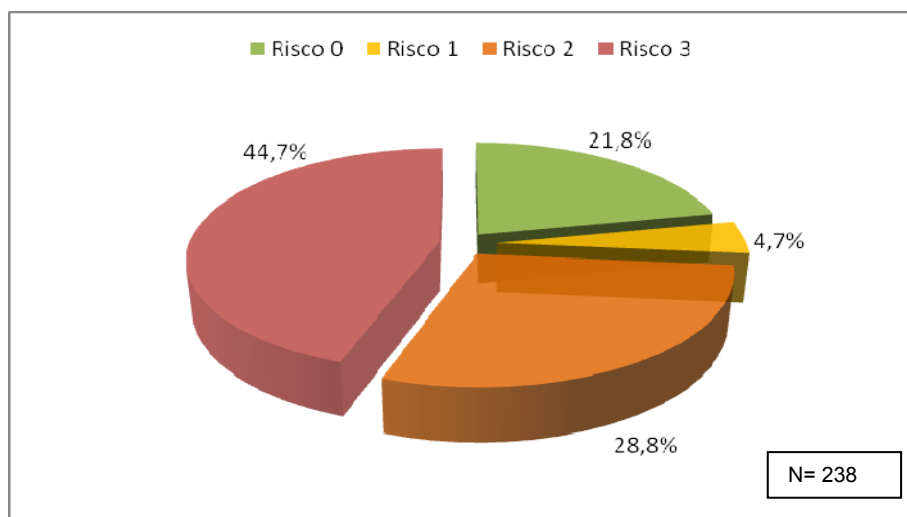


GRÁFICO 7 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O DESEMPENHO ESCOLAR DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

FONTE: A Autora (2011)

Nota: Foram excluídas as crianças fora da idade escolar

4.2.2 Indicadores de Risco da Agressão

Foram definidos para análise do risco da agressão para a vítima, os seguintes grupos de indicadores: 1- Presença e tipo de lesões físicas; 2- Sinais e sintomas de negligência; 3- Sinais e sintomas de agressão psíquica ou psicológica; 4- Sinais e sintoma de agressão sexual; 5- Sinais e sintomas de auto-agressão; 6- Sinais e sintomas de exploração para o trabalho.

4.2.2.1 Lesões físicas

Dentre os indicadores de risco para a presença de sinais ou sintomas que indiquem violência física e sua gravidade, tem-se que em 30,1 % dos casos o risco foi 0. De risco 1 tem-se 21,1% dos casos por histórico de agressões leves, que não necessitaram tratamento médico, como palmadas e puxões de orelhas e ainda 3,7% apresentavam lesão física superficial no momento do exame, como pequenos hematomas, ou eritemas.

Com o risco 2 encontrou-se 5,7% com lesão física atual ou histórico de trauma que necessitou tratamento médico ambulatorial. Também a piora de quadros clínicos, ou manutenção de sintomas por erros ou abandono de tratamentos significou 3,2% dos casos.

Lesões ou cicatrizes em várias parte do corpo, indicando espancamento ou tortura, caracterizaram o risco 3 e foram responsáveis por 61 casos ou 24,8% da amostra. Intoxicações medicamentosas, tentativas de envenenamento, lesão cerebral, ou trauma que necessitou tratamento hospitalar, e outras foram responsáveis por 8,8% dos casos (Tabela 20).

TABELA 20 - INDICADORES DE RISCO PARA LESÕES FÍSICAS

INDICADORES	n	%
Risco 0		
Ausência de sinais atuais ou de sequelas de violência física	74	30,1
Risco 1		
Histórico de agressões físicas leves confirmadas pela vítima e ou responsável	52	21,1
Lesão física superficial, ou marcas de, sem antecedentes, localizada e que não necessita procedimentos médicos	09	3,7
Risco 2		
Lesão física ou histórico de, com necessidade de tratamento médico ambulatorial	14	5,7
Piora de quadros clínicos, ou manutenção de sintomas por erros ou abandono de tratamentos	08	3,2
Lesão física leve, com antecedentes de lesões anteriores	05	2
Intoxicações medicamentosas ou químicas que necessitam tratamento médico ambulatorial	01	0,4
Risco 3		
Lesões ou cicatrizes múltiplas, em mais de uma região do corpo, indicando espancamento	61	24,8
Lesões que indicam tortura ou rituais de perversidade	06	2,4
Intoxicações químicas e ou medicamentosas que necessitam tratamento hospitalar	05	2
Lesões ou marcas de, que podem deixar sequelas, levar a dano ou perda de função e ou de órgão	04	1,6
Lesão cerebral	03	1,2
Lesão que necessita tratamento médico hospitalar	02	0,8
Tentativa de envenenamento	02	0,8
Total	246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

No gráfico 8 está ilustrado os percentuais de riscos totais obtidos, com apenas 33,7% dos casos apresentando risco 3 para a agressão física, que se avaliada de forma isolada, vai levar a uma falsa interpretação da gravidade dos casos.

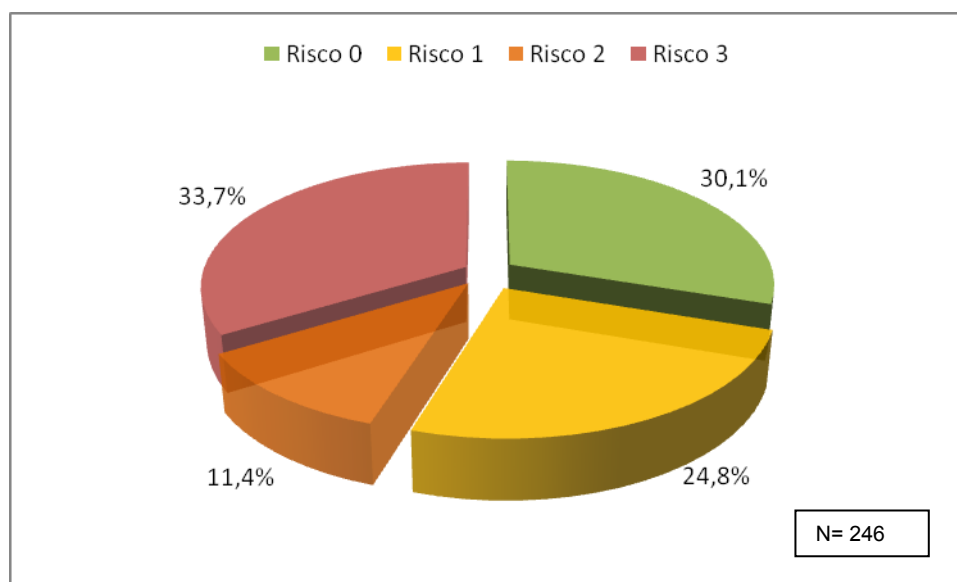


GRÁFICO 8 NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM AS LESÕES FÍSICAS

FONTE: A autora (2011)

4.2.2.2 Indicadores de risco de sinais e sintomas de negligência ou omissão do cuidar

Dos 246 casos avaliados quanto aos indicadores de risco para sinais e sintomas de negligência ou omissão do cuidar, 3,3% tinham risco 0. De risco 1, com descuido da criança ou adolescente por fatores sócio culturais, como faltas nas medidas de manutenção à saúde, prevenção e controle de doenças estavam 4,5% do total. De risco 2 foram encontrados 11,4% das vítimas com responsáveis desinteressados pelo seu bem estar, com falhas ou ausência no acompanhamento ao seu desenvolvimento e 6,1% dos casos se tratavam de omissão dos cuidados da saúde física e emocional.

O maior número de casos de risco de nível 3 diziam respeito à ausência de afetividade, descaso, rejeição, representando 49,6 % da amostra. Com atraso de desenvolvimento psicomotor, por falta de estímulo e ou interesse tem-se 18 casos, ou 7,3% do total (Tabela 21).

TABELA 21 - INDICADORES DE RISCO PARA OMISSÃO DO CUIDAR - NEGLIGÊNCIA

INDICADORES	N	%
Risco 0		
Ausência de sinais de negligência física e ou emocional	08	3,3
Risco 1		
Descuido por fatores sócio culturais, das medidas de manutenção de saúde, prevenção e controle de doenças	11	4,5
Descuido as necessidades nutricionais, sem danos aparentes à saúde	02	0,8
Risco 2		
Desinteresse pelo bem estar, com falhas ou ausência do acompanhamento ao desenvolvimento	28	11,4
Omissão dos cuidados à saúde física e ou emocional, com frequência irregular aos programas de vacinação e prevenção de doenças, falhas nos tratamentos propostos, causando prejuízo ao estado geral da vítima	15	6,1
Falta de preocupação com as necessidades afetivas e emocionais	02	0,8
Risco 3		
Ausência de afetividade, descaso, rejeição	122	49,6
Atraso de desenvolvimento psicomotor, por falta de estímulo e ou interesse	18	7,3
Falhas ou erros injustificáveis no tratamento de doenças crônicas	13	5,3
Deixado aos cuidados de outra criança ou de terceiros sem supervisão	11	4,5
Abandono	09	3,6
Ausência de acompanhamento à saúde, abandono de tratamento, desinteresse pela evolução,	06	2,4
Desnutrição grau III, sem patologia básica que a justifique	01	0,4
Total	246	100,00

FONTE: A autora (2011)

No gráfico 9 estão ilustrados os percentuais de riscos totais obtidos, com identificação de risco 3 na maior porcentagem dos casos (73,2%).

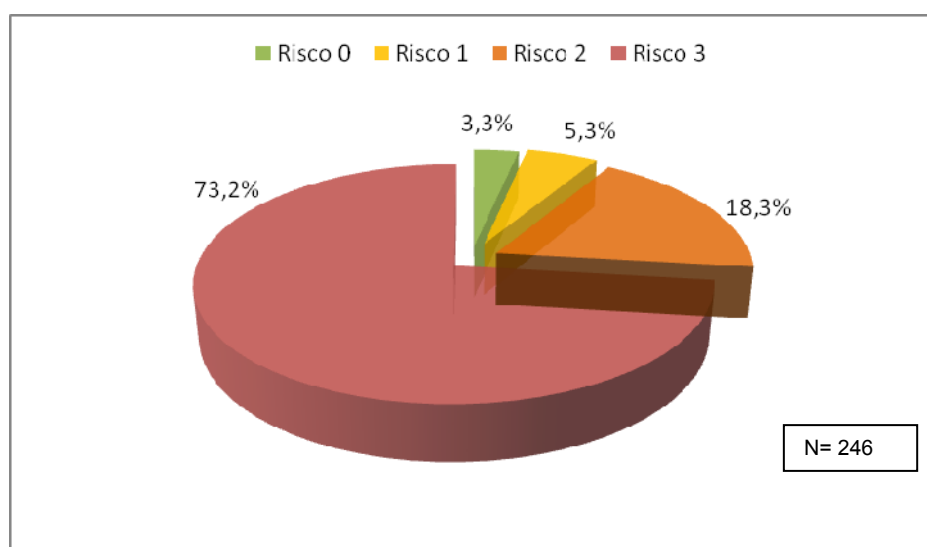


GRÁFICO 9 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A OMISSÃO DO CUIDAR – NEGLIGÊNCIA

: FONTE: A autora (2011)

4.2.2.3 Indicadores de risco de sinais e sintomas de violência psicológica

Em 1,4% dos casos o risco foi 0 para violência psicológica. Um caso, ou 0,4% apresentou risco 1, por uso costumeiro de atitudes ou palavras rudes, rigorosas ou depreciativas, por questões socioculturais, ou de estresse temporárias.

Descuido ou descaso com a segurança e bem estar foi apontado em 15,4% dos casos e responsabilização excessiva da criança ou adolescente em 2,8%.

De risco 3 foram encontradas 35,4 % das crianças, com sinais de rejeição e indiferença, 14,6% sendo usados como instrumento de maltrato ao outro, em conflitos do casal, 12,6% por uso, pelos responsáveis, de atitudes e falas agressivas rotineiramente.

Em 7,7% dos casos foi relatado ameaças á vida da vítima e 6,5% foram abandonadas por seus responsáveis.

Em 5 casos o sintoma principal era a simulação de sinais ou sintomas de doenças inexistentes (Tabela 22).

TABELA 22 - INDICADORES DE RISCO PARA AGRESSÃO PSÍQUICA

INDICADORES	n	%
Risco 0		
Ausência de sinais ou sintomas	04	1,6
Risco 1		
Uso costumeiro de atitudes e ou palavras rudes, rigorosas ou depreciativas, por despreparo sócio cultural ou situações de estresse temporárias, não oriundas da vítima	01	0,4
Risco 2		
Descuido ou descaso com a segurança e bem estar	38	15,4
Responsabilização e exigências além do possível e adequado à faixa etária	07	2,8
Manutenção da criança ou adolescente em meio a situações de violência entre os responsáveis e ou outros de sua convivência	02	0,8
Risco 3		
Rejeição, indiferença	87	35,4
Uso da criança ou adolescente como instrumento de maltrato ao outro em relações conflituosas entre os responsáveis	36	14,6
Uso de agressões verbais ou de atitudes agressivas como modo rotineiro de relacionamento	31	12,6
Ameaças à vida	19	7,7
Abandono	16	6,5
Simulação ou criação de sinais e sintomas de doenças inexistentes, levando a prejuízo do desenvolvimento físico e ou psíquico	05	2,0
Total	246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

No gráfico 10 estão ilustrados os percentuais de riscos totais obtidos

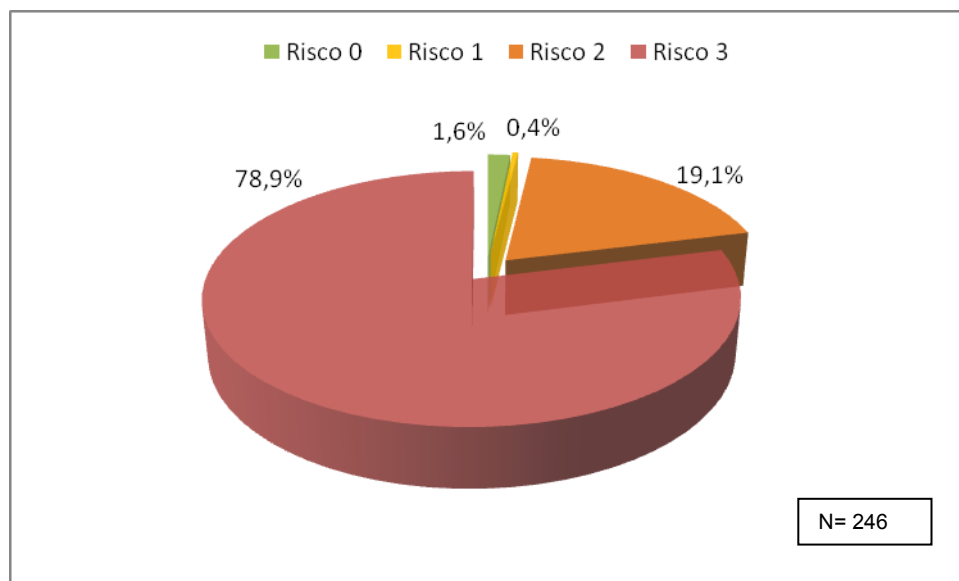


GRÁFICO 10 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A AGRESSÃO PSÍQUICA
 FONTE A autora (2011)

4.2.2.4 Indicadores de risco para sinais e sintomas de abuso sexual

Das 246 crianças e adolescentes avaliados, 55,3% não apresentaram nenhum indicador de risco para violência sexual.

Com sinais de risco 1, por manutenção da vítima em situação de intimidade adulta foram encontrados 3,2% do total.

A manutenção de relacionamento erotizado por um dos responsáveis foi encontrado em 4,5% dos casos, com risco 2.

Ainda neste nível de risco tem-se 4,1% de agressão sexual por pessoa próxima da vítima e 2,4% de agressão sexual por estranhos sem sinais de convivência, impotência ou negligência por parte dos responsáveis.

De risco 3 tem-se 46 casos ou 18,7%, cometida por pessoa responsável ou do núcleo de convivência da vítima e 18, ou 7,3% de falsa denúncia, como forma de maltratar o outro lado parental. 3,7% corresponde a agressão sexual por estranho, mas com sinal de negligência, impotência ou convivência dos responsáveis (Tabela 23).

TABELA 23 - INDICADORES DE RISCO PARA AGRESSÃO SEXUAL

INDICADORES	N	%
Risco 0		
Ausência de queixa, sinais ou sintomas de qualquer forma de violência sexual	136	55,3
Risco 1		
Manutenção da criança ou adolescente em situação de possessividade e ou de ciúme descontrolado e ou exigência de isolamento, numa relação de intimidade adulta	08	3,2
Risco 2		
Relação erotizada de um dos responsáveis com base incestuosa, exigindo proximidade, intimidade e invasão da privacidade	11	4,5
Agressão sexual em qualquer apresentação, cometida por pessoa com vínculo de afeto, confiança ou respeito, sem convivência ou impotência dos responsáveis	10	4,1
Agressão sexual cometida por estranhos ou pessoa fora do núcleo de convivência da vítima, sem de sinais negligência, impotência ou convivência por parte dos responsáveis	06	2,4
Risco 3		
Agressão sexual em qualquer apresentação cometida por pessoa responsável ou do núcleo de convivência diária da vítima	46	18,7
Falsa denúncia de abuso sexual como forma de impedir guarda ou maltratar outro lado parental ou responsável	18	7,3
Agressão sexual em qualquer forma, cometida por estranhos à vítima ou pessoa de fora do relacionamento familiar, mas com sinais de negligência, impotência ou convivência dos responsáveis	09	3,7
Exploração sexual comercial	02	0,8
Total	246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

Quanto ao nível de risco para cada indicador de injúria sexual, tem-se que 55,3% não apresentavam qualquer sinal de risco e 30,5% tinham indicadores de risco de 3 (Gráfico 11).

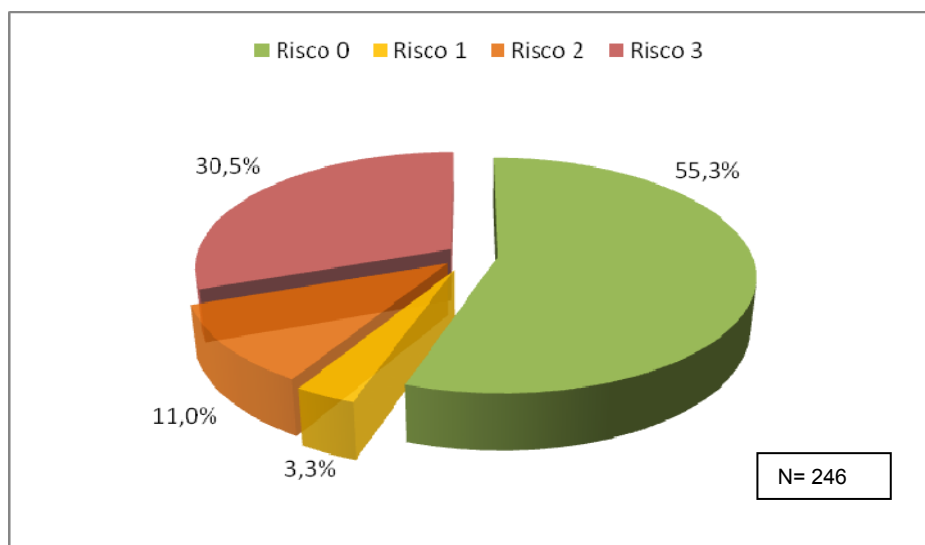


GRÁFICO 11 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A AGRESSÃO SEXUAL

FONTE: A Autora (2011)

4.2.2.5 Indicadores de risco de auto agressão

A auto agressão, como forma de violência do indivíduo para com ele mesmo, foi tida como risco 0 ou ausente em 23,2% dos casos. Outros 20,3 % tratavam-se de crianças abaixo de três anos, com difícil diagnóstico para auto-agressão.

Dos 43,2% restantes, com risco 1 tem-se 11,4% dos casos, distribuídos entre condutas como: realização das atividades diárias com atitudes de risco em 6,1%, comportamento impulsivo e inconseqüente e 3% com frequência significativa de acidentes.

Com risco 2 tem-se 9,8% ou 24 casos com vítimas que procuram habitualmente atividades e grupos de risco, 2,8% entre traumas freqüentes com sentimento de orgulho pelo risco passado, alterações alimentares e dificuldades em seguir tratamentos a doenças.

De risco 3 tem-se 41 casos ou 16,7% de crianças e adolescentes com atitudes delinqüentes, procurando fracassos e outras formas de dano a si mesmo, 5,3% com sintomas de enurese e encoprese, 3,3% que pratica vários tipos de auto mutilações, como tatuagens e *piercyngs* (Tabela 24).

TABELA 24 - INDICADORES DE RISCO PARA AUTO-AGRESSÃO

INDICADORES	n	%
Fora da idade para auto-agressão	50	20,3
Risco 0		
Ausente	57	23,2
Risco 1		
Realização das atividades da vida diária com atitudes de risco	15	6,1
Comportamento impulsivo, irresponsável e ou inconsequente	10	4,1
Frequência significativa de acidentes	03	1,2
Risco 2		
Procura habitual de atividades e grupos de risco	24	9,8
Alterações alimentares com risco à saúde, desnutrição, alterações metabólicas ou obesidade	03	1,2
Traumas frequentes, indiferença ou orgulho pelas lesões	02	0,8
Inconstância em seguir tratamentos para doenças agudas ou crônicas	02	0,8
Risco 3		
Delinquência, busca de fracassos	41	16,7
Encoprese, enurese diurna ou noturna acima dos 5 anos, ou outros sinais que determinem dificuldades de socialização e ou rejeição	13	5,3
Auto mutilação, escarificações, tatuação ou piercings com alteração da aparência ou sofrimento	08	3,3
Tentativa de suicídio	06	2,4
Alterações alimentares, com risco de morte, como anorexia nervosa, bulimia e obesidade mórbida	04	1,6
Dependência por outras drogas ilícitas	04	1,6
Negação ou abandono de tratamento para doenças graves, com risco de vida	03	1,2
Dependência por álcool	01	0,4
Total	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

Dos níveis de risco para a auto-agressão, tem-se que 29,1 % não apresentava risco para a auto agressão ou ao tinha idade suficiente para esta consideração. Com risco 1 estavam 14,3% da população estudada, com risco 2, 15,8% e com risco 3, 40,8% (Gráfico 12).

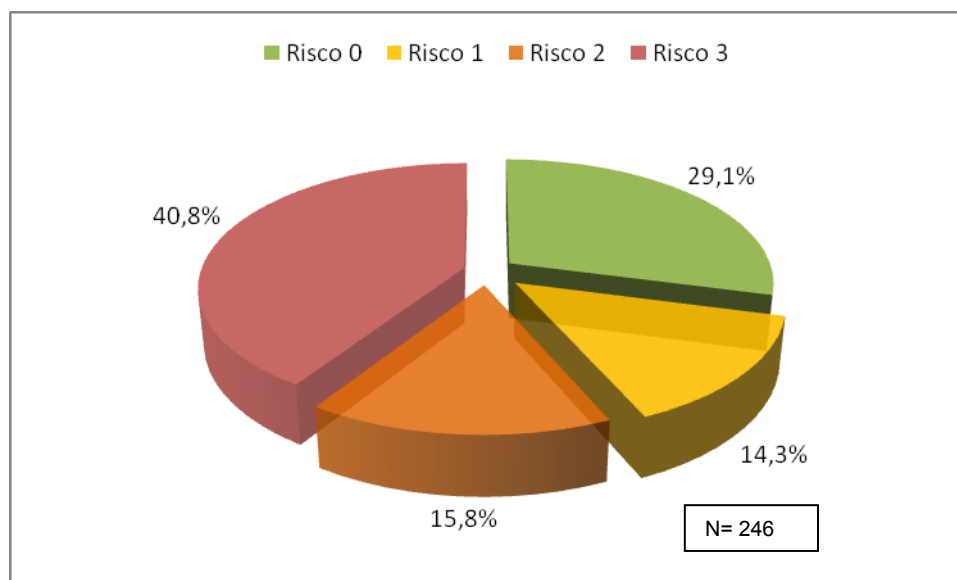


GRÁFICO 12 NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A AUTO-AGRESSÃO

FONTE: A Autora (2011)

4.2.2.6 Indicadores de risco para exploração para o trabalho

Da amostra estudada, em 28,5% dos casos não havia capacidade orgânica para o trabalho, pela idade e maturidade.

Sem risco para exploração pelo trabalho estavam 18,7% dos casos, com risco 1.

Obrigados a trabalhos domésticos comuns, foram 13,0% do total. De risco 2, tem-se os trabalhos doméstico com prejuízo para a vítima.

Os casos de risco 3 corresponde a 8,1 % que tinham trabalho extra domiciliar, com prejuízos para seu desenvolvimento. 13 crianças e adolescentes se encontravam em situação de mendicância (Tabela 25).

TABELA 25 - INDICADORES DE RISCO PARA EXPLORAÇÃO PELO TRABALHO

INDICADORES	n	%
Não se aplica pela idade ou incapacidade orgânica	70	28,5
Risco 0		
Ausente	46	18,7

continua

Risco 1		
Trabalhos domésticos ou ligados atividades familiares por fatores socioculturais, sem prejuízo em outras atividades da idade	32	13,0
Risco 2		
Trabalhos domésticos e ou de atividades familiares com sobrecarga física e ou emocional, ou com prejuízo das atividades próprias da idade	65	26,4
Risco 3		
Trabalho extradomiciliar, com prejuízo físico, intelectual e ou emocional	20	8,1
Mendicância	13	5,3
Total	246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

Em 26,1% da amostra não se encontrou risco para a exploração pelo trabalho, tanto pela ausência real, como pela incapacidade física ou mental, como as crianças abaixo de 5 anos de idade. Com risco 1 tem-se 18,2% da população estudada, de risco 2, 36,9% e de risco 3, 18,8% (Gráfico 13).

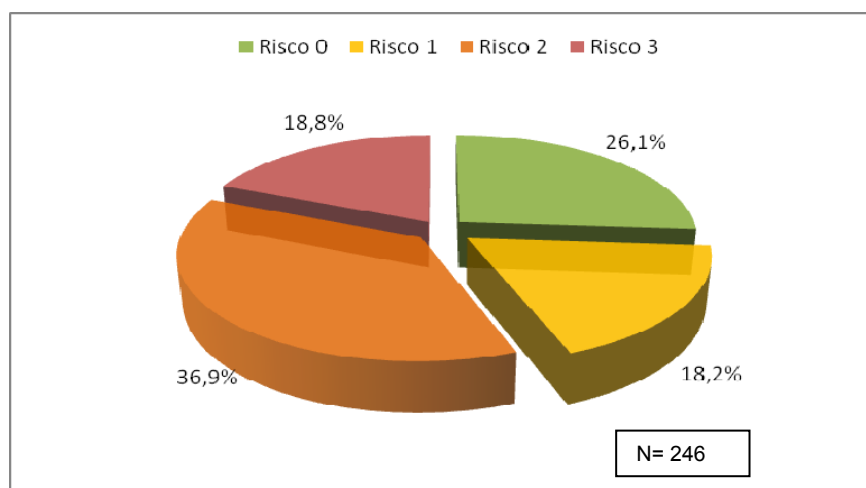


GRÁFICO 13: NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A EXPLORAÇÃO PARA O TRABALHO

FONTE: A Autora

4.3 INDICADORES DE RISCO PARA O AGRESSOR

Para avaliação do nível de risco para o agressor, foram definidos os indicadores: 1- Antecedentes de violência do agressor; 2- Relacionamento com a vítima; 3- Vínculos do agressor com a vítima; 4- Comportamento em geral; 5- Uso de álcool ou outras drogas, 6- Tentativas de justificar a violência, 7- Aceitação de tratamento.

4.3.1 Indicadores de Risco Quanto aos Antecedentes de Violência do Agressor

Do agressor, tem-se que 5,0% eram estranhos à vítima, sem possibilidade de saber de seus antecedentes. Três deles, ou 1,2% não apresentavam nenhum antecedente de violência.

De risco 1 foi encontrado 1,2% da amostra, com o relato de dificuldades de relacionamento com a família de origem.

De risco 2 estavam 19,1% do total, por dificuldades de relacionamento interpessoal ou de gênero e 3,3% relataram dificuldades com seus pais por serem filhos adotivos.

De risco 3 estavam 31,4% da amostra, com histórico de maus tratos graves em sua infância e 26% cometiam violências a outros de seu relacionamento próximo (Tabela 26).

TABELA 26 - INDICADORES DE RISCO QUANTO AOS ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DO AGRESSOR

INDICADORES	N	%
Risco 0		
Sem antecedentes de violência familiar, interpessoal ou de desajuste social	03	1,2
Estranho à vítima e família	12	5,0
Risco 1		
Dificuldades de relacionamento com a família de origem	15	6,2

continua

Risco 2		
Dificuldades de relacionamento interpessoal e ou de gênero	44	19,1
Filho por adoção, com dificuldades de relacionamento com seus pais	08	3,3
Risco 3		
Vítima de maus tratos graves em sua infância	76	31,4
Autor de outras formas de violência, incluindo a doméstica	63	26,0
Histórico de abandono de outro filho	08	3,2
Filho por adoção, com histórico violência grave dos pais adotivos	04	1,7
Histórico de abandono por ambos os pais	03	1,2
Histórico de morte de outro filho por causa obscura ou desconhecida	03	1,2
Total	242	100,0

FONTE: A Autora (2011)

Quanto aos níveis de risco do agressor, quanto a seus antecedentes de violência, tem-se que não apresentaram risco nenhum 6,2% dos agressores. De risco 1, foram 7,9% do total, de risco 2, 20,7 % e de risco 3, 158 agressores, representando 65,3% do total (Gráfico 14).

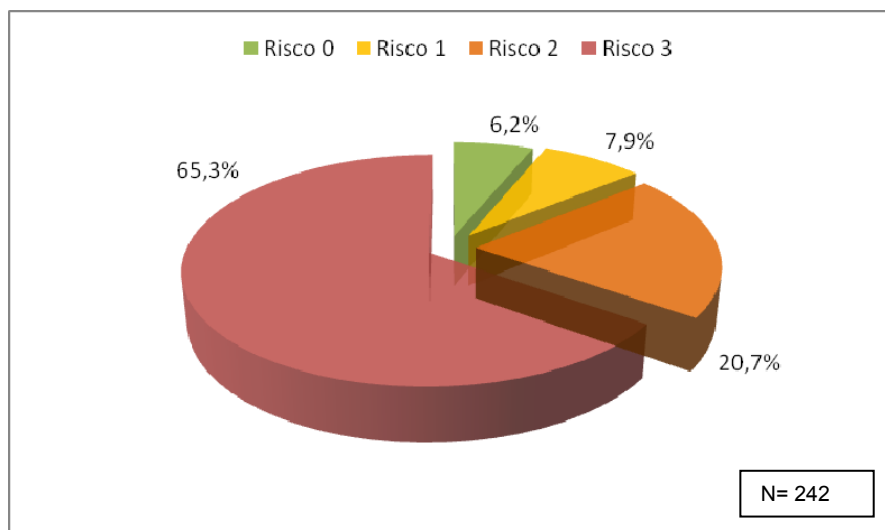


GRÁFICO 14 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM OS ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DO AGRESSOR

FONTE: A Autora (2011)

4.3.2 Indicadores de Risco Quanto ao Relacionamento com a Vítima

Do relacionamento do agressor com a vítima, de acordo à qualidade, tem-se que 4,6% não foram avaliados e 2,1% tratavam-se de estranhos à vítima. De risco 1, 3,3% da amostra apresentava dificuldades de relacionamento por problemas socioculturais e 3,7% se identificaram como intolerantes quanto a fase de desenvolvimento da criança ou adolescente.

De risco 3, com sinais de rejeição e indiferença foram encontrados em 37% dos casos, em 26,6% houve abandono físico, moral e ou emocional e, em 22,4% dos casos os agressores apresentavam intolerância constante quanto as características próprias da infância (Tabela 27).

TABELA 27 - INDICADORES DE RISCO QUANTO AO RELACIONAMENTO COM A VÍTIMA

INDICADORES	N	%
Risco 0		
Agressor não avaliado ou sem informação	11	4,6
Estranho, sem contato com a vítima	05	2,1
Risco 1		
Dificuldades por despreparo social ou cultural para entendimento das fases do desenvolvimento	08	3,3
Risco 2		
Intolerância quanto às características próprias da fase de desenvolvimento da criança ou adolescente	09	3,7
Pouco interesse quanto às necessidades físicas e ou emocionais da criança ou adolescente	06	2,5
Relacionamento eventual, de convivência, confiança ou respeito, usado para se aproximar da vítima	05	2,1
Risco 3		
Demonstrando rejeição e ou indiferença	74	37,0
Autor de abandono físico, intelectual, moral e ou emocional	64	26,6
Intolerância constante quanto as características da própria criança ou adolescente	54	22,4
Agressor não identificado	05	2,1
Total*	241	100,0

Nota: *1 caso não foi confirmado violência, 4 casos não continham a informação

FONTE: A autora (2011)

No gráfico 15 estão ilustrados os percentuais de riscos totais obtidos.

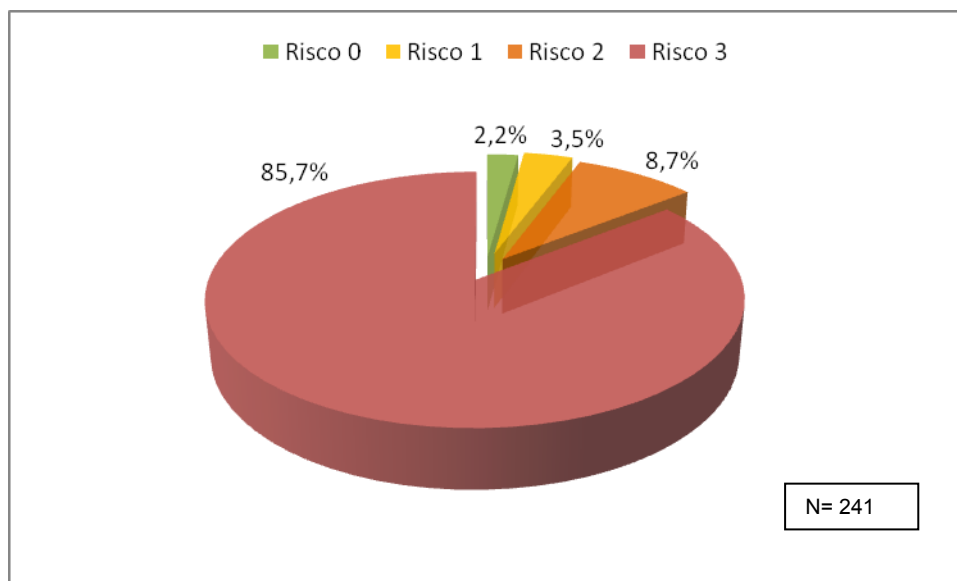


GRÁFICO 15 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O RELACIONAMENTO COM A VÍTIMA

FONTE: A autora (2011)

Nota: Excluídos os casos em que o agressor não foi avaliado

Levando em conta a qualidade de relacionamento do agressor com a vítima, tem-se que de pontuação de risco 3 estava 85,7% da amostra. Em 8,7% dos casos foi encontrado indicadores de risco 2, e em 3,5%, de risco 1. Em cinco casos, ou 2,2% não foram encontrados indicadores de risco neste item (Tabela 44).

4.3.3 Indicadores de Risco Quanto aos Vínculos do Agressor com a Vítima

Quanto ao vínculo de convivência ou responsabilidade do agressor com a vítima, tem-se que em 5 casos o agressor não foi avaliado, nem se obteve informações a seu respeito. Em outros 5 casos, 02%, tratava-se de estranho, sem possibilidade de novo contato com a vítima, portanto de risco 0. De confiança, parentesco, com convivência familiar próxima foram encontrados 10 casos ou 4,1% do total, considerados de risco 1.

De risco 2, em 27% dos casos se tratava da mãe, em 9,8%, do pai. O padrasto aparece em 3,3% dos casos, a avó materna em 2,5%, e mãe adotiva em 1,6%. De risco 3, tem-se 40,4% como ambos os pais, 2% pais adotivos, 2% agressor não identificado nem pela vítima nem pelos responsáveis. Em 1,6% dos casos, os agressores eram ambos os avós (Tabela 28).

TABELA 28- INDICADORES DE RISCO QUANTO AOS VÍNCULOS DO AGRESSOR COM A VÍTIMA

INDICADORES	n	%
Agressor não avaliado, ou sem informação	05	2,0
Risco 0		
Estranho, sem possibilidade de contato posterior com a vítima	05	2,0
Risco 1		
De confiança , de parentesco extenso com convivência familiar próxima	10	4,1
Risco 2		
Mãe	66	27,0
Pai	24	9,8
Padrasto	08	3,3
Mãe adotiva	04	1,6
Avó materna	06	2,5
Pai adotivo	01	0,4
Avô paterno	01	0,4
Risco 3		
Ambos os pais	99	40,4
Ambos os pais adotivos	05	2,0
Agressor não identificado	05	2,0
Ambos os avós maternos	04	1,6
Outro parente	02	0,8
Total*	245	100,0

Nota: 1 caso sem violência e agressor

FONTE: A autora (2011)

Considerando o nível de risco que o agressor representa pelo vínculo que mantém com a vítima, foi encontrado risco 3 em 117 casos ou 48,8% do total.

De risco 2 tem-se 108 casos, 45%, e de risco 1, 11 casos ou 4,2% (Gráfico 16).

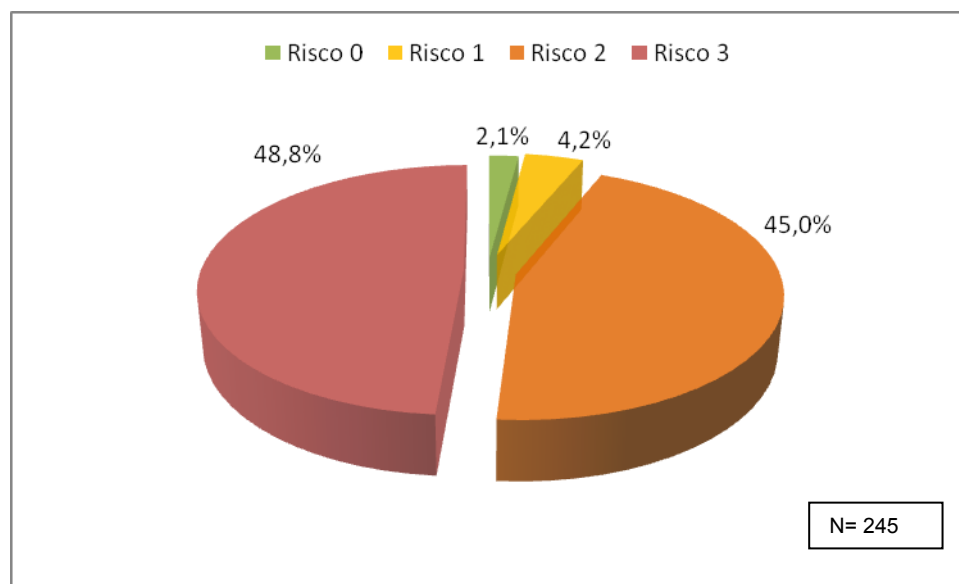


GRÁFICO 16 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM OS VÍNCULOS DO AGRESSOR COM A VÍTIMA

FONTE: A autora (2011)

Nota: Excluídos os casos em que o agressor não foi avaliado

4.3.4 Indicadores de Risco Quanto ao Comportamento do Agressor

O comportamento do agressor em família e sociedade foi avaliado em 244 casos, tendo sido excluídos a situação onde não foi encontrado sinais de violência e 1 caso sem registro.

De risco 0 foram encontrados 4 situações de suspeita de violência, onde o agressor não apresentava transtornos de comportamentos reconhecidos por ele, ou pela vítima e familiares.

Com o risco 1 quanto ao comportamento, foram encontrados 3 agressores, perfazendo 1,2% do total. Com classificação de risco 2 tem-se 44 casos, ou 18 % do total.

Foram enquadrados como de risco 3, 131 agressores por apresentarem alterações crônicas do comportamento em várias áreas do relacionamento, como no doméstico, social e de trabalho, representando 53,7% do total.

Neste nível também foram encontrados 45 casos ou 18,4% do total, além de agressores com alterações de comportamento devido a deficiência ou doença mental (2,9%). Em 6 (2,5%) casos o agressor não foi identificado (Tabela 29).

TABELA 29 - INDICADORES DE RISCO DE ACORDO COM O COMPORTAMENTO DO AGRESSOR

INDICADORES	n	%
Agressor não avaliado ou sem informação	04	1,6
Risco 0		
Sem alterações no ambiente doméstico e social	04	1,6
Risco 1		
Alterações transitórias de humor ou comportamento não referentes nem dirigidos à criança ou adolescente	03	1,2
Risco 2		
Distúrbios de comportamento eventuais relacionados com a vítima, ou dirigidos a ela	44	18,0
Risco 3		
Alterações crônicas do comportamento em mais de uma área do relacionamento, família, trabalho, relações sociais	131	53,7
Autor de violência familiar crônica	45	18,4
Alterações de comportamento devidas a deficiência ou doença mental, de difícil controle	07	2,9
Agressor não identificado	06	2,5
Total*	244	100,0

Nota: *1 caso não foi confirmado violência, 1 caso não continha a informação

FONTE: A autora (2011)

Na classificação de risco dos indicadores relativos ao comportamento do agressor, tem-se que 189, ou 78,8%, se encontravam no risco 3.

De risco 2 foram classificados 44 agressores, ou 18,3% do total (Gráfico 17).

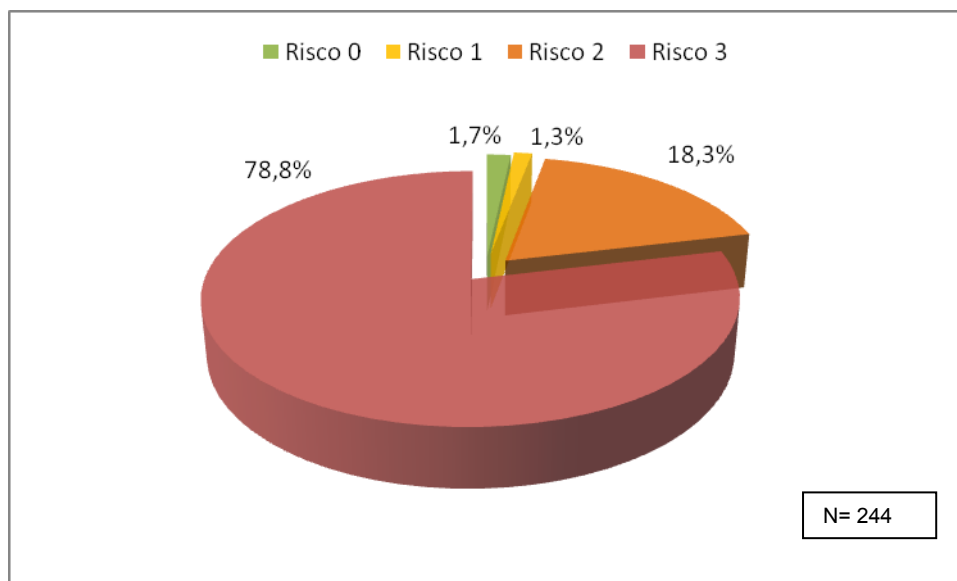


GRÁFICO 17 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O COMPORTAMENTO DO AGRESSOR

FONTE: A autora (2011)

4.3.5 Indicadores de Uso ou Abuso de Álcool e Outras Drogas

Considerando a informação direta trazida pelo agressor, ou histórico trazido pela família, cônjuge ou mesmo vítima, tem-se que como desconhecido o fato em 116 casos, ou 47,7%.

A informação de inexistência de uso de álcool ou outras drogas ilícitas foi encontrada em 15,3% dos casos.

Os outros indicadores de risco 1 e 2 surgiram em pequeno número de casos. Com risco 3, o usuário de bebidas alcoólicas, com exacerbação de ações violentas contra a vítima surgiu em 15,6% dos agressores entrevistados.

Os que se consideraram ou foram considerados dependentes de álcool ou outras drogas ilícitas, com danos para a vítima somaram 10,9%.

Em 7 casos (2,9%) os agressores foram identificados como dependentes e traficantes (Tabela 30).

TABELA 30 - INDICADORES DE DROGADIÇÃO DO AGRESSOR

Drogadição	N	%
Desconhecido	116	47,7
Agressor não avaliado ou sem informação	04	1,6
Risco 0		
Nenhum relatado ou identificado	37	15,3
Risco 01		
Uso eventual de álcool, sem repercussões identificáveis para a convivência com a vítima	02	0,8
Risco 02		
Usuário de bebidas alcoólicas com descontrole frequente, levando a danos físico e ou emocional da vítima	05	2,0
Usuário de outras drogas ilícitas com descontrole frequente, levando a danos físico e ou emocional da vítima	03	1,2
Uso eventual de outra droga ilícita, com repercussões para a convivência com a vítima	01	0,4
Risco 03		
Usuário de bebidas alcoólicas com descontrole frequente, levando a danos físico e ou emocional da vítima	38	15,6
Dependente , com possibilidade de riscos de dano físico e ou psíquico para a vítima	13	5,3
Usuário de álcool ou outras drogas ilícitas com descontrole frequente, levando a danos físico e ou emocional da vítima	12	4,9
Dependente e traficante	07	2,9
Dependente , com possibilidade de riscos de dano físico e ou psíquico para a vítima	05	2,1
Total*	239	100,0

Nota: *7 casos em branco

FONTE: A autora (2011)

Quanto ao nível de gravidade relacionado ao uso de álcool ou drogas ilícitas, tem-se a informação em 123 casos, sendo que o risco 3 foi encontrado em 61,0% destes, o risco 2 em 7,3% e o risco 1 em 1,6%. Não foi identificado indicador de risco em 30,0% dos casos (Gráfico 18).

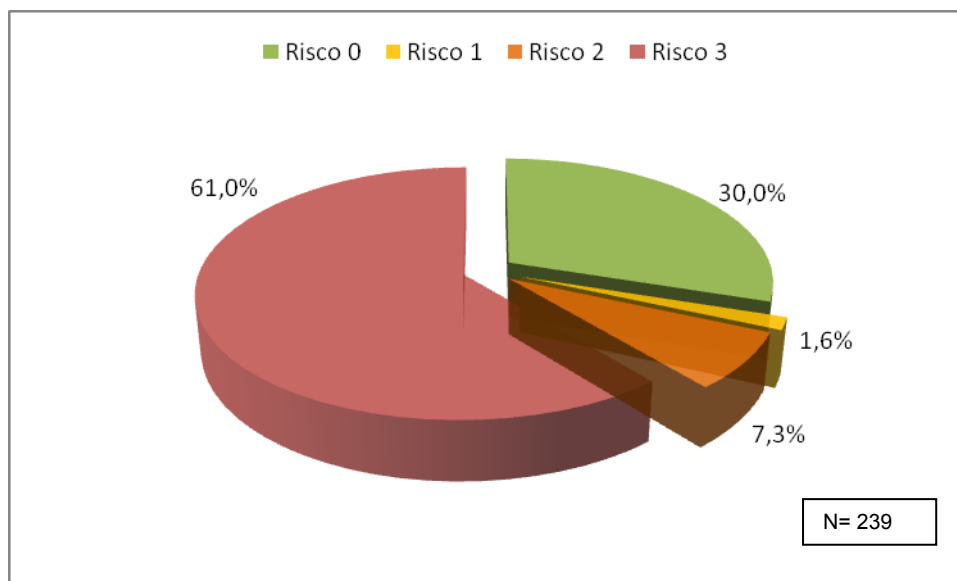


GRÁFICO 18 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A DROGADIÇÃO DO AGRESSOR

FONTE: A autora (2011)

4.3.6 Justificativas Dadas pelo Agressor Quanto à Violência

De risco 1, justificando a violência contra criança ou adolescente como modo culturalmente de educar, ou como conseqüente a situações de estresse temporário não relacionado com a vítima, mas aceitando rever a conduta agressiva, se encontrou 4 casos, ou 1,6% do total.

De risco 2, minimizando a violência, sem entender os danos atuais e potenciais á vítima, tem-se 13,2% da amostra.

De risco 3, culpabilizando a vítima por seus atos agressivos, tem-se 39,1% dos casos. Em 23,5% das situações de violência, o agressor nega a autoria, apesar de claramente identificável e em 7,3%, demonstra orgulho pelos atos agressivos (Tabela 31).

TABELA 31- INDICADORES RELATIVOS ÀS TENTATIVAS DO AGRESSOR DE JUSTIFICAR A VIOLÊNCIA

INDICADORES	n	%
Agressor não avaliado ou sem informação	24	9,9
Risco 0		
Não se aplica	14	5,8
Risco 1		
Modo culturalmente aprendido de educar com aceitação de rever a conduta	02	0,8
Reconhece o abuso, justificando-se por situações pessoais de grande estresse, demonstrando sofrimento por ter praticado a agressão	02	0,8
Risco 2		
Minimiza a violência, não conseguindo entender os danos atuais e potenciais à vítima	32	13,2
Risco 3		
Culpabiliza a vítima por seu ato agressivo, como também pelos seus fracassos e frustrações	95	39,1
Nega a autoria, apesar de claramente identificável	57	23,5
Demonstra prazer ou orgulho pela violência praticada	17	7,0
Total*	243	100,0

FONTE: A autora (2011)

Do nível de gravidade pelos indicadores da justificativa do agressor, tem-se o risco 3 em 169 casos (82,4%), de risco 2, 32 casos (15,6%) e risco 1 em 4 casos (2%) (Gráfico 19).

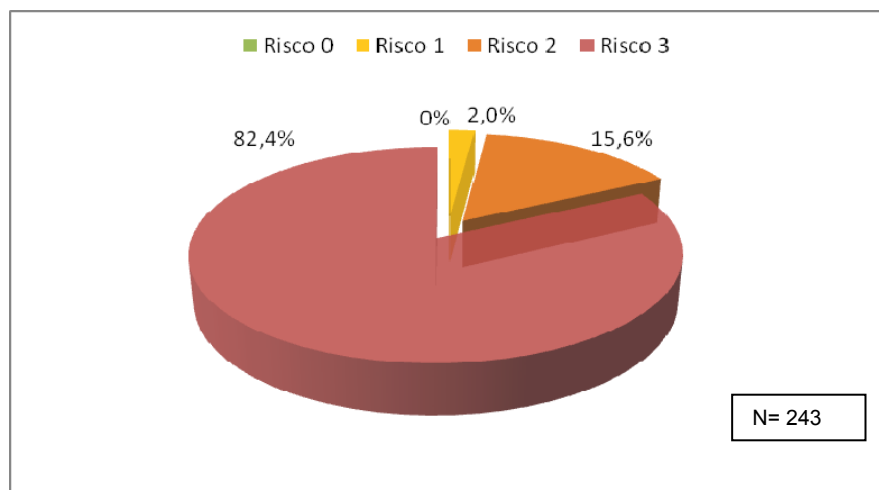


GRÁFICO 19 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM AS TENTATIVAS DO AGRESSOR DE JUSTIFICAR A VIOLÊNCIA

FONTE: A autora (2011)

4.3.7 Indicadores de Risco Quanto à Aceitação de Tratamento pelo Agressor

Sob o diagnóstico da violência, excetuando-se os praticantes de crime como pedófilos, nas tentativas de homicídio e doenças mentais, como norma do Programa HC DEDICA, é proposto o atendimento psicoterapêutico também do agressor, mesmo em situações de afastamento da vítima, como pelo acolhimento.

A aceitação de tratamento abre a possibilidade de melhora e até extinção do quadro de violência, sendo portanto um indicador importante quanto ao prognóstico.

Dos 245 casos avaliados, 12 (4,9%) agressores aceitaram o tratamento para si e para a vítima.

De risco 2, em 11 casos (4,5%), o agressor aceita o tratamento para si, mas comparece de forma irregular, sem perspectiva de bons resultados.

De risco 3 tem-se 42,4% que não aceitaram tratamento nem para si, nem para a vítima.

Outros 17,6% comparecem por obrigação legal, sem adesão ao tratamento. Em 15,5% da amostra o agressor apresentava doença ou deficiência mental, ou ainda se caracterizava como pedófilo, não sendo enquadrado no atendimento do Programa (Tabela 32).

TABELA 32 - INDICADOR DE RISCO QUANTO A ACEITAÇÃO DE TRATAMENTO PELO AGRESSOR

INDICADORES	n	%
Agressor não avaliado ou sem informação	18	7,3
Risco 0		
Não se aplica	11	4,5
Risco 1		
Aceita tratamento proposto para si e para a vítima	12	4,9
Risco 2		
Aceita o tratamento para si, mas de forma irregular, sem bons resultados	11	4,5
Risco 3		
Não aceita tratamento	104	42,4
Comparece ao tratamento proposto por obrigação legal, sem adesão	43	17,6
Doente ou deficiente mental, pedófilo, sem condições de garantia de melhora com tratamento	38	15,5
Não reconhecido ou de endereço desconhecido	07	2,9
Agressor preso	01	0,4
Total*	245	100,0

Nota: *1 caso sem violência e agressor

FONTE: A autora (2011)

Da classificação do nível de risco quanto à aceitação de tratamento pelo agressor, tem-se risco 1 em 5,4% dos 227 casos analisados, excluídos o caso de erro diagnóstico e os não avaliados ou sem informação.

O risco 2 foi encontrado em 4,8% da população estudada e o risco 3 em 193 agressores, ou 85% do total (Gráfico 20).

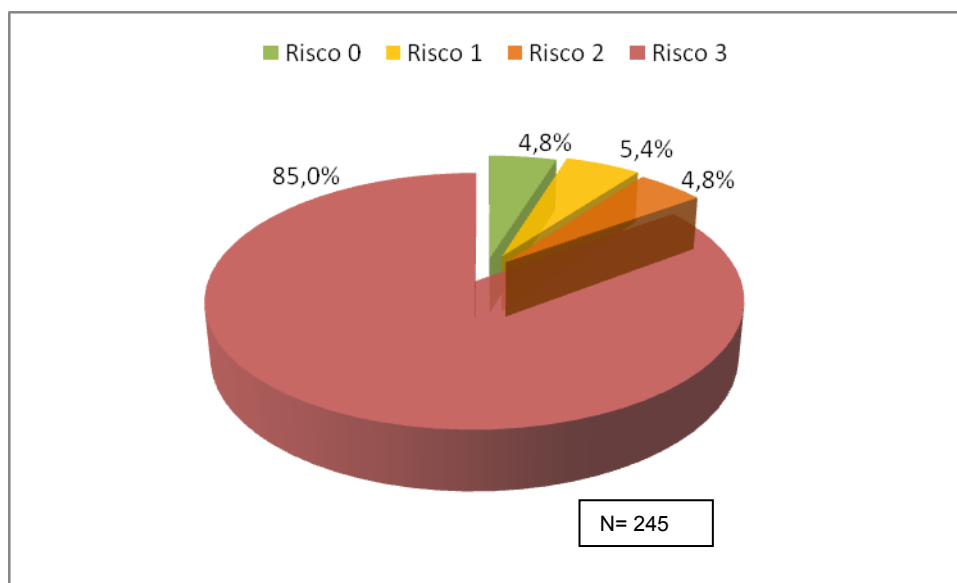


GRÁFICO 20 NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A ACEITAÇÃO DE TRATAMENTO PELO AGRESSOR

FONTE: A autora (2011)

Nota: *1 caso excluído sem violência, 18 casos sem informação

4.4 INDICADORES DE RISCO DA FAMÍLIA

Foram definidos como indicadores de risco da família da vítima, nuclear e extensa: 1- Condição de relacionamento com a vítima; 2- Antecedentes de violência; posicionamento quanto à violência; 3- Possibilidade de proteção à vítima; 4- Procura de atendimento.

A família nuclear quando não agressora, e a família extensa no caso da violência doméstica, tem fundamental importância quanto a possibilidade de evitar a continuidade das agressões e também de promover o tratamento dos sinais e sintomas deixado por ela em suas vítimas. Assim, o tipo de relacionamento existente entre estes deve fazer parte de toda avaliação de uma situação de violência.

Dos indicadores de risco quanto ao relacionamentos da família com a vítima, tem-se que em 4,0% dos casos a família apresentava interesse diminuído por questões sócio culturais e 0,4% por dificuldades pessoais temporárias.

De risco 2 tem-se 9,8% da amostra, de família com relacionamento distante ou eventual com a vítima e 1 caso (0,4%) de responsável não agressor sem condições de sustento próprio e da vítima.

Com risco 3 tem-se 116 casos, ou 47,2%, apresentando descaso quanto ao estado geral da vítima, e 10,6% demonstrando rejeição ou indiferença. Em 9,7% das famílias existia uma passividade frente ao agressor e à violência praticada. Em 5,2% das famílias foi evidenciado a intenção de posse da criança ou adolescente, para satisfação pessoal ou maltrato do responsável ou cônjuge. Em 4,9% dos casos tratava-se de crianças e adolescentes agredidos pelos pais e sem família extensa e em 4,5%, de famílias que tentavam encobrir a violência e proteger o agressor, participando da violência (Tabela 33).

TABELA 33 - CONDIÇÃO DE RELACIONAMENTO DA FAMÍLIA COM A VÍTIMA

INDICADORES	N	%
Risco 0		
Bom, com acompanhamento e supervisão constantes	08	3,3
Risco 1		
Interesse diminuído por questões sócio culturais	10	4,0
Interesse deslocado por dificuldades próprias temporárias	01	0,4
Risco 2		
Relacionamento distante ou eventual	24	9,8
Responsável não agressor sem condições de sustento próprio e da vítima e ou proteção	01	0,4
Risco 3		
Descaso quanto ao estado geral da vítima	116	47,2
Rejeição ou indiferença	26	10,6
Família passiva frente ao agressor	24	9,7
Família que deseja a posse da vítima, para satisfação exclusivamente sua , ou como instrumento de mau trato dos ou de um dos responsáveis	13	5,2
Ausência de família extensa	12	4,9
Família que sustenta ou tenta esconder a agressão	11	4,5
Total	246	100,0

FONTE: A autora (2011)

Do conjunto de níveis de risco quanto ao indicador do relacionamento da família com a vítima tem-se o risco 1 em 4,5% da amostra, risco 2 em 10,2% e o risco 3 em 202 casos, ou 82,1% do total (Gráfico 21).

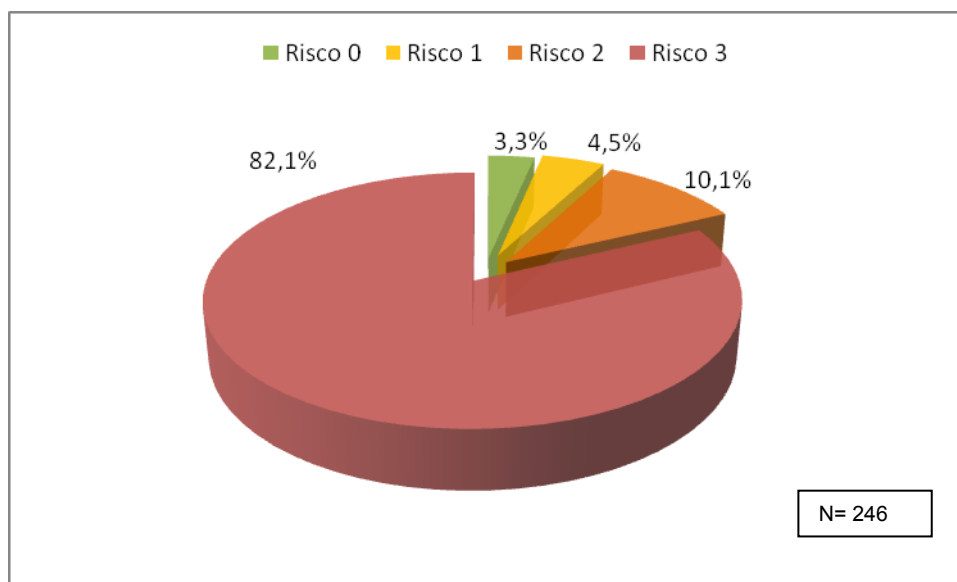


GRÁFICO 21 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM O RELACIONAMENTO DA FAMÍLIA COM A VÍTIMA

FONTE: A autora (2011)

Nota: *1 caso excluído sem violência, 18 casos sem informação

4.4.1 Antecedentes de Violência da Família

Foram classificados pelo indicador de risco 0, como não tendo nenhuma situação de violência na família nuclear ou extensa 3,7% dos casos.

De risco 1, por conflitos interpessoais freqüentes e dificuldades de relacionamento não dirigidos à vítima tem-se 16 % da amostra. Com risco 2, com histórico de violência atual envolvendo pessoas do relacionamento familiar e ou social, foram encontrados 3,7% dos casos.

Com antecedentes de violência familiar crônica estão 119 casos, ou 48,85 do total, que se enquadram no risco 3. Como família do agressor com antecedentes de violência contra ele em sua infância, encontra-se 10,6% dos casos, bem como 4,1% com os mesmos antecedentes, mas como família adotiva (Tabela 34).

TABELA 34 - ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DA FAMÍLIA

INDICADORES	n	%
Ausência de família extensa	12	4,9
Risco 0		
Ausência de antecedentes de situações de violência na família nuclear e extensa	09	3,7
Risco 1		
Conflitos interpessoais frequentes, com dificuldades de relacionamento, não direcionados à vítima	39	16,0
Risco 2		
Histórico de violência atual envolvendo pessoas do relacionamento familiar ou social	09	3,7
Risco 3		
Violência familiar crônica	119	48,8
Família do agressor, com histórico de maus tratos contra ele em sua infância ou adolescência	26	10,6
Família do agressor, que não reconhece seus atos violentos contra a criança	12	4,9
Família adotiva do agressor, com relacionamento conflituoso ou sem reconhecimento da filiação do adotado e ou sua prole	10	4,1
Maus tratos contra outra criança ou adolescente da família ou sob sua guarda	08	3,3
Total*	244	100,0

Nota: 2 casos em branco

FONTE: A autora (2011)

Resumindo a incidência de níveis de risco quanto aos antecedentes de violência da família, tem-se que 16,8% foram classificadas como de risco 1, 3,9% como de risco 2 e 75,4% como de risco 3 (Gráfico 22).

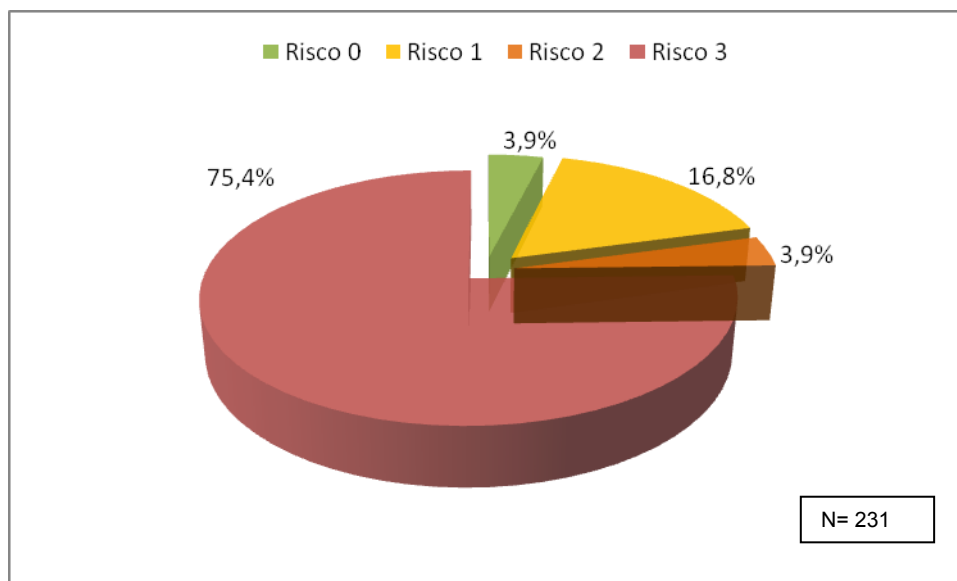


GRÁFICO 22 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM OS ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DA FAMÍLIA

FONTE: A autora (2011)

Nota: *Excluídos 13 casos por ausência de família extensa

4.4.2 Possibilidade da Família em Proteger à Vítima

Da possibilidade da família, nuclear ou extensa, em proteger a vítima de nova agressões ou impedir a continuidade da violência, tem-se como de risco 0, por demonstrar possibilidade e querer proteger a vítima, 5,7% dos casos estudados.

Que assumem a defesa parcial e temporária da vítima, especialmente nas situações extremas, sem proposta de ações permanentes de proteção, tem-se 6,2% do total, com classificação de risco 2.

O risco 3 por não demonstrar vontade ou oferecer meio confiável de proteção à vítima foi encontrado em 165 casos, ou 67,6%.

Com interesse distorcido ou perverso na posse da criança, usando de falsas denúncias para obter sua guarda, tem-se 4,9% das famílias.

Que participam da violência, 20 casos ou 8,2% da amostra (Tabela 35).

TABELA 35 - POSSIBILIDADE DA FAMÍLIA DE PROTEÇÃO À VÍTIMA

Possibilidade de proteção à vítima	N	%
Não se aplica- ausência de família	13	5,3
Risco 0		
Demonstra vontade e possibilidade de proteger a vítima de novas agressões	14	5,7
Risco 1		
Assume defesa parcial e ou temporária, não se propondo a ações definitivas de proteção	15	6,2
Risco 2		
Demonstra impossibilidade de proteção direta,	05	2,1
Risco 3		
Não demonstra vontade ou oferece nenhum meio confiável e consistente de proteção	165	67,1
Participa da violência	20	8,2
Interesse distorcido na posse da criança ou adolescente, criando situações e denúncias falsas para que isto ocorra	12	4,9
Total*	244	100,0

FONTE: A autora (2011)

Pela classificação de níveis de risco deste indicador, obteve-se 15 casos ou 6,5% com risco 1, 5 casos ou 2,2% de risco 2 e 197 casos ou 85,2% de risco 3 (Gráfico 23).

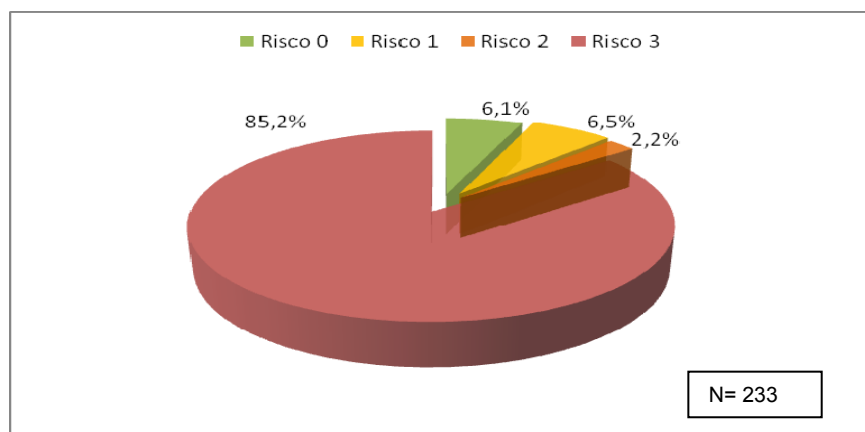


GRÁFICO 23 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A POSSIBILIDADE DE PROTEÇÃO À VÍTIMA

FONTE: A autora (2011) Nota: Excluídos os 13 casos onde não se aplica

4.4.3 Procura pela Família de Atendimento para a Vítima

Frente ao diagnóstico ou suspeita da violência, há que se avaliar o interesse e efetividade da família em procurar tratamento e dar encaminhamento nas medidas legais de proteção e apuração do crime.

Assim, na amostra estudada encontrou-se 12 casos, 4,9% onde a família procurou os atendimentos necessários de tratamento, proteção e justiça, classificando-se como de risco 0.

Em 22 casos, 9,1%, as famílias buscaram atendimento apenas nas situações de emergência, não dando continuidade ao necessário para a vítima, sendo classificadas como de risco 1.

De risco 2 tem-se 28 famílias, 11,5% da amostra, com atraso na procura de atendimento, só o fazendo nas situações extremas ou quando intimada pelos meios de proteção, a fazê-lo.

De risco 3, foram encontradas 96 famílias ou 39,5% do total que recusaram atendimento para a vítima e ou sua continuidade, 19,8% criaram obstáculos para os encaminhamentos necessários, para encobrir o agressor.

Em 16 casos, 6,6% do total, a família fez falsas denúncias para obtenção de vantagens ou culpar outro, como forma de mau trato.

A provocação ou fabulação de sinais e sintomas na criança ou adolescente, exigindo tratamentos e investigações laboratoriais complexas, como forma de maltrato à vítima foi encontrada em 7 casos, ou 2,9 % da amostra (Tabela 36).

TABELA 36 - PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO E MEDIDAS DE PROTEÇÃO

INDICADORES	N	%
Não se aplica- ausência de família	13	5,3
Risco 0		
Procura e exige os atendimentos necessários, inclusive de proteção legal	12	4,9
Não existem sinais de negligencia, de lesões físicas, psicológicas ou sexuais a serem tratadas	01	0,4

continua

Risco 1

Procura atendimentos médicos, psicológicos e ou legais apenas nas situações de emergência, não dando continuidade

22 9,1

Risco 2

Atraso na procura de atendimento, só o fazendo nos casos extremos ou quando intimada a fazê-lo

28 11,5

Risco 3

Recusa auxílio para busca de atendimento ou de sua continuidade

96 39,5

Cria obstáculos para o atendimento, encobrindo o agressor

48 19,8

Fantasia sinais e sintomas de violência para culpar ou obter benefícios de outro

16 6,6

Cria sintomas ou sinais, exigindo tratamento para doenças inexistentes ou criadas

07 2,9

Total*

243 100,0

FONTE: A autora (2011)

Como soma do nível de risco quanto à procura pela família de assistência médica, psicológica, de medidas legais de proteção e outras que a criança ou adolescente necessite, tem-se 22 casos ou 9,6% de risco 1, de risco 2, 28 casos ou 12,2% e de risco 3, 167 casos ou 72,6% (Gráfico 24).

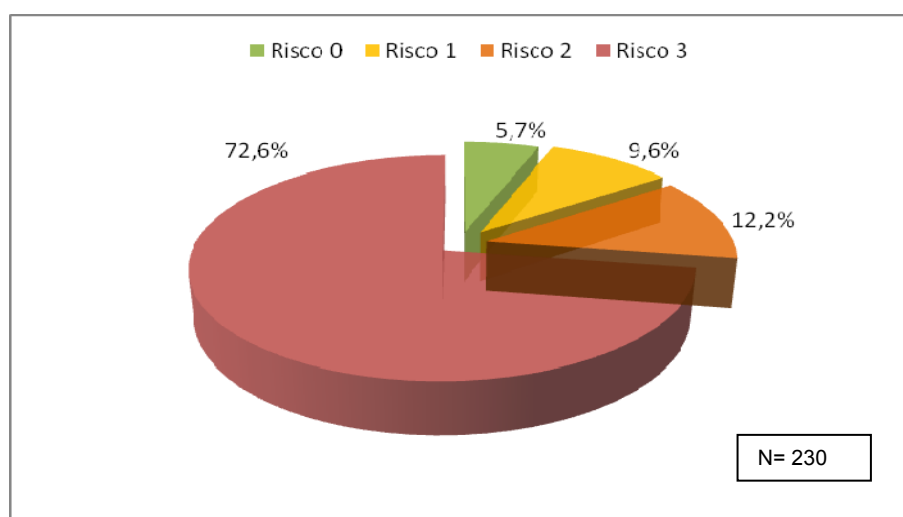


GRÁFICO 24 - NÍVEIS DE RISCO DE ACORDO COM A PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO E MEDIDAS DE PROTEÇÃO

FONTE: A autora (2011)

Nota: Excluídos os casos onde não se aplica

4.5 DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA FEITO PELA EQUIPE INTERDISCIPLINAR HC DEDICA

Dos diagnósticos desenvolvidos pela equipe interdisciplinar do Programa HC DEDICA, através do acompanhamento do caso e também dos desdobramentos que esta intervenção provocava no núcleo familiar e de sustento da violência, obteve-se os seguintes resultados:

Um caso foi considerado como erro diagnóstico, numa falsa denúncia de discordantes do pai da criança, sem que tivesse sido encontrado nenhum sinal de risco para ela.

Outro caso tratava-se de violência física e psicológica leve, por maneira culturalmente aprendida de educar, com bom prognóstico.

Foram consideradas situações graves de violência 72 casos. Os casos de negligência como injúria principal, mas associada a agressão física e psicológica primária ou secundária foram identificados em 28 casos. Nestes, a gravidade da negligência levou a sérias repercussões físicas e psicológicas, como: deficiências nutricionais ou metabólicas severas, ou obesidade, aumento de incidência de doenças agudas ou má evolução das crônicas, com sinais de distúrbios de comportamento que dificultavam a socialização da criança ou adolescente.

Em 14 casos, o diagnóstico firmado foi de violência física primária, com necessidade de acompanhamento ambulatorial, ou que indicavam sinais de espancamento com o consequente dano psicológico.

Foram definidos como graves situações de negligência associada a violência física e psicológica 28 casos (11,4%); 14 casos de violência física e psicológica, 14 de violência sexual e psicológica, e 10 por violência sexual e psicológica por falsa denúncia mantida por um dos responsáveis, como forma de obter guarda ou vantagens em processos judiciais.

A violência psicológica grave foi responsável por 6 casos.

Tiveram diagnóstico de situação Gravíssima, 158 crianças ou adolescentes, representando 64,3 % de todos os casos e 14 com risco de morte.

De forma associada, a violência física, psicológica, sexual e negligência foram responsáveis por 64 casos, ou 26% do total.

As violências física e psicológica gravíssimas foram responsáveis por 41 casos ou 16,7% da amostra. Outras associações, como negligência gravíssima, com suas repercussões físicas e psicológica foi o diagnóstico de 31 crianças, 12,6%.

Formas gravíssimas da Síndrome de Münchausen por Procuração foram encontradas em 7 crianças ou 2,9%, duas delas em risco de morte, como apontado na tabela 37. Em dois casos havia o histórico de morte anterior de dois outros filhos do casa

No total dos casos, o risco de morte foi diagnosticado em 14 vítimas, entre elas 5 lactentes com a Síndrome da Criança sacudida, um que chegou a o Hospital em parada cardiorrespiratória, dois em coma e dois para investigação de irritabilidade, mas, ao exame, fraturas múltiplas, antigas e da época.

Com foco no nível de gravidade, buscado para definir as ações emergenciais e de acompanhamento de cada caso, tem-se que dos 246 casos acompanhados pela equipe HC DEDICA e discutidos com a autora, 158 foram considerados gravíssimos (64,3%), 72 graves (29,3%), 14 com risco de morte (5,7%), 1 leve e 1 sem sinais de violência.

TABELA 37- DIAGNÓSTICO DA APRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA E SEU NÍVEL DE GRAVIDADE

DIAGNÓSTICO	N	%
Ausência de Sinais de Violência		
Erro diagnóstico	01	0,4
Violência Leve		
Violência Física Leve	01	0,4
Violência Grave		
Negligência, violência física e psicológica graves	28	11,4
Violência física e psicológica graves	14	5,7
Violências sexual e psicológica graves	14	5,7
Violência sexual e psicológica grave por falsa denúncia	10	4,1
Violência Psicológica Grave	06	2,4

continua

Violência Gravíssima		
Violência física, sexual, psicológica e negligência gravíssimas	64	26,0
Violências física e psicológica gravíssima	41	16,7
Negligência , violência física e psicológica gravíssima	31	12,6
Violências sexual e psicológica gravíssima	13	5,3
Munchausen por procuração	07	2,9
Violência Psicológica Gravíssima	02	0,8
Risco De Morte		
Risco de Morte	14	5,7
Total*	246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

O gráfico 25 ilustra a distribuição das frequências dos diferentes níveis de gravidade.

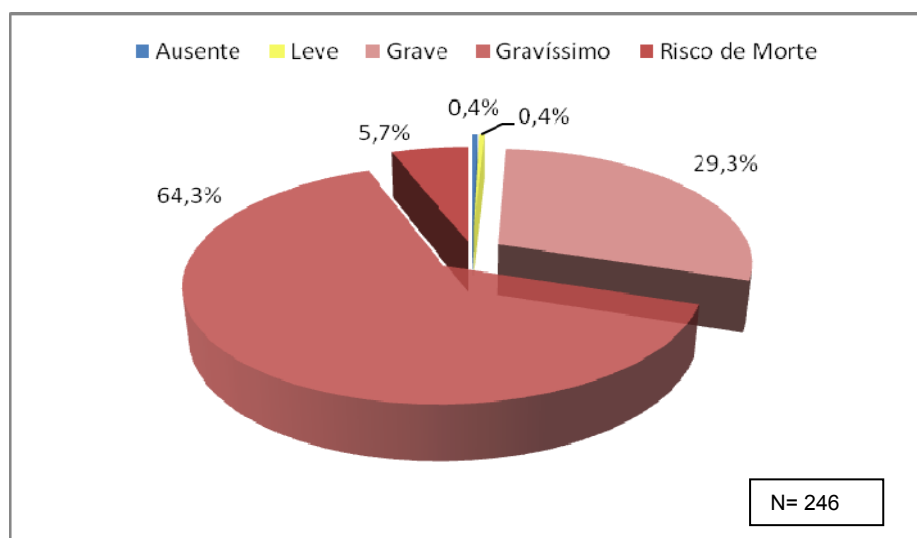


GRÁFICO 25: DIAGNÓSTICO DA APRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA E SEU NÍVEL DE GRAVIDADE

FONTE: A Autora (2011)

Com foco no nível de gravidade, buscado para definir as ações emergenciais e de acompanhamento de cada caso, tem-se que dos 246 casos acompanhados pela equipe HC DEDICA e discutidos com a autora, 158 foram

considerados gravíssimos (64,3%), 72 graves (29,3%), 14 com risco de morte (5,7%), 1 leve (0,4%) e 1 sem sinais de violência (0,4%).

4.6 DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA FEITO PELO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO PROPOSTO:

Fizeram parte dos entrevistados, a criança ou adolescente, seus responsáveis, irmãos se existentes e sob a guarda da família e ou agressor, o suspeito ou autor conhecido da agressão e componentes da família extensa envolvidos no cuidar da vítima.

As entrevistas foram conduzidas de maneira a deixar inicialmente o discurso espontâneo do entrevistado e depois através de perguntas dirigidas para os indicadores de risco, sem conhecimento da equipe.

Com a aplicação do método de classificação dos níveis de gravidade da situação de violência, com a avaliação da vítima, tipo de agressão, perfil do agressor e composição e reação da família frente à agressão, obteve-se uma categorização dos casos, para definição das medidas de tratamento e proteção indicadas, bem como os critérios de urgência e emergência.

Como resultados, em um dos casos estudados, foi afastado o diagnóstico de violência, tendo se obtido 2 pontos na avaliação, pontos estes referentes à família, sem diagnóstico de nenhum tipo de violência à criança ou outra condição de risco.

Um caso foi classificado como Situação de Violência Leve por atingir a soma de 5 pontos.

Em 93 casos (37,8%) se obteve a pontuação de 6 a 8 pontos, que os definiu como Situações de Violência Grave.

Dos 120 casos classificados como Situação de Violência Gravíssima, a pontuação foi de 9 a 11 pontos.

Em 31 casos foi encontrada a pontuação máxima de 3 pontos para os indicadores de risco para a vítima, agressão, agressor e família, somando 12 pontos no total, caracterizando Situação de Risco de Morte (Tabela 38).

TABELA 38 NÍVEL DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA PELO MÉTODO PROPOSTO

NÍVEL DE GRAVIDADE	PONTUAÇÃO	N	%
Ausente	2	01	0,4
Leve	5	01	0,4
Grave	6-8	93	37,8
Gravíssimo	9-11	120	48,8
Risco de morte	12	31	12,6
Total		246	100,0

FONTE: A autora (2011)

Os dados obtidos conflitantes eram discutidos com os participantes das entrevistas e levados à planilha de dados e aplicados à tabela de pontuação, que definia os casos em Ausência de indicativos de Violência, Situação de Violência Leve, Grave, Gravíssima e Risco de Morte, como apontado no quadro 26.

4.7 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS INDICADORES DE RISCO E O DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA PELO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO POR SISTEMA DE PONTUAÇÃO

4.7.1 Características da Vítima

No que se refere aos indicadores de risco para a vítima, quando analisados de forma isolada, observou-se taxas elevadas de acerto do método de classificação de gravidade em comparação com o diagnóstico da equipe multidisciplinar em todos os seus componentes, exceto no indicador desenvolvimento psicomotor (Tabela 39).

TABELA 39 – INDICADORES DE RISCO PARA A VÍTIMA

INDICADORES DE RISCO PARA A VÍTIMA	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	DIAGNÓSTICO		Acerto
		GRAVE (n, %)	GRAVÍSSIMO (n, %)	
Antecedentes de violência	Ausente	3 (4,7)	0 (0)	86,7
	Leve	15 (23,4)	14 (7,9)	
	Grave	21 (32,8)	45 (25,4)	
	Gravíssimo	25 (39,1)	118 (66,7)	
Idade de início da violência	Ausente	0 (0)	0 (0)	91,8
	Leve	2 (3,1)	0 (0)	
	Grave	12 (18,5)	25 (14)	
	Gravíssimo	51 (78,5)	154 (86)	
Estado geral	Ausente	1 (1,5)	1 (0,6)	83,6
	Leve	2 (3,1)	0 (0)	
	Grave	54 (83,1)	88 (49,2)	
	Gravíssimo	8 (12,3)	90 (50,3)	
Vinculação com responsáveis	Ausente	11 (17,2)	2 (1,1)	91,3
	Leve	3 (4,7)	5 (2,8)	
	Grave	27 (42,2)	37 (20,9)	
	Gravíssimo	23 (35,9)	133 (75,1)	
Desenvolvimento psicomotor	Ausente	29 (45,3)	30 (17)	40,3
	Leve	21 (32,8)	64 (36,2)	
	Grave	11 (17,2)	36 (20,3)	
	Gravíssimo	3 (4,7)	47 (26,6)	
Convivência social	Ausente	10 (17,2)	1 (0,7)	93,4
	Leve	2 (3,5)	1 (0,7)	
	Grave	34 (58,6)	63 (40,7)	
	Gravíssimo	12 (20,7)	90 (58,1)	
Desempenho escolar	Ausente	20 (50)	15 (11,7)	74,4
	Leve	3 (7,5)	5 (3,9)	
	Grave	11 (27,5)	38 (29,7)	
	Gravíssimo	6 (15)	70 (54,7)	

FONTE: A Autora (2011)

4.7.2 Agressão

Na avaliação dos indicadores de características da agressão, analisados de forma isolada, observou-se taxas elevadas de acerto do método de classificação de gravidade em comparação com o diagnóstico da equipe multidisciplinar nos indicadores negligência e violência psicológica (Tabela 40).

TABELA 40 - CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO

CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	DIAGNÓSTICO		Acerto
		GRAVE (n, %)	GRAVÍSSIMO (n, %)	
Lesões físicas	Ausente	41 (63,1)	32 (17,9)	45,5
	Leve	15 (23,1)	45 (25,1)	
	Grave	6 (9,2)	22 (12,3)	
	Gravíssimo	3 (4,6)	80 (44,7)	
Negligencia	Ausente	7 (10,8)	0 (0)	91,8
	Leve	8 (12,3)	5 (2,8)	
	Grave	23 (35,4)	22 (12,3)	
	Gravíssimo	27 (41,5)	152 (84,9)	
Violência psicológica	Ausente	3 (4,6)	0 (0)	98,4
	Leve	1 (1,5)	0 (0)	
	Grave	20 (30,8)	26 (14,5)	
	Gravíssimo	41 (63,1)	153 (85,5)	
continua				
Violência sexual	Ausente	30 (46,2)	104 (58,1)	41,8
	Leve	3 (4,6)	5 (2,8)	
	Grave	12 (18,5)	15 (8,4)	
	Gravíssimo	20 (30,8)	55 (30,7)	
Auto agressão	Ausente	27 (55,1)	29 (19,9)	56,9
	Leve	8 (16,3)	20 (13,7)	
	Grave	7 (14,3)	24 (16,4)	
	Gravíssimo	7 (14,3)	73 (50)	
Exploração pelo trabalho	Ausente	19 (45,2)	27 (20,3)	56,0
	Leve	11 (26,2)	20 (15)	
	Grave	11 (26,2)	54 (40,6)	
	Gravíssimo	1 (2,4)	32 (24,1)	

FONTE: A Autora (2011)

4.7.3 Agressor

Na avaliação dos indicadores de risco do agressor, analisados de forma isolada, observou-se taxas elevadas de acerto do método de classificação de gravidade em comparação com o diagnóstico da equipe multidisciplinar em todos os seus componentes, exceto no indicador vícios de drogadição (Tabela 41).

TABELA 41 - INDICADORES DE RISCO DO AGRESSOR

INDICADORES DE RISCO DO AGRESSOR		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	DIAGNÓSTICO		Acerto
			GRAVE (n, %)	GRAVÍSSIMO (n, %)	
Antecedentes de violência	Ausente	9 (14,1)	5 (2,8)	86,3	
	Leve	8 (12,5)	11 (6,3)		
	Grave	20 (31,3)	30 (17,1)		
	Gravíssimo	27 (42,2)	130 (73,9)		
Relacionamento com a vítima	Ausente	4 (6,7)	1 (0,6)	94,3	
	Leve	6 (10)	2 (1,2)		
	Grave	10 (16,7)	9 (5,4)		
	Gravíssimo	40 (66,7)	156 (92,9)		
Continuação					
Vínculo com a vítima	Ausente	4 (6,3)	0 (0)	93,7	
	Leve	4 (6,3)	7 (4)		
	Grave	32 (50)	76 (43,7)		
	Gravíssimo	24 (37,5)	91 (52,3)		
Comportamento	Ausente	2 (3,2)	2 (1,1)	97,5	
	Leve	1 (1,6)	1 (0,6)		
	Grave	14 (22,2)	30 (17,1)		
	Gravíssimo	46 (73)	142 (81,1)		
Vícios ou drogadição	Ausente	7 (28)	30 (30,6)	68,3	
	Leve	0 (0)	2 (2)		
	Grave	4 (16)	5 (5,1)		
	Gravíssimo	14 (56)	61 (62,2)		

continua

Como tenta justificar a violência	Ausente	0 (0)		
			0 (0)	
	Leve	3 (5,5)	1 (0,7)	80,4
	Grave	10 (18,2)	21 (14,1)	
	Gravíssimo	42 (76,4)	127 (85,2)	
Aceitação de tratamento	Ausente	0 (0)	0 (0)	
	Leve	4 (7,1)	8 (5)	94,4
	Grave	7 (12,5)	3 (1,9)	
	Gravíssimo	45 (80,4)	148 (93,1)	

FONTE: A Autora (2011)

4.7.4 Família

Na avaliação dos indicadores de risco da família, analisados de forma isolada, observou-se taxas elevadas de acerto do método de classificação de gravidade em comparação com o diagnóstico da equipe multidisciplinar em todos os seus componentes (Tabela 42).

TABELA 42 - INDICADORES DE RISCO DA FAMÍLIA

INDICADORES DE RISCO DA FAMÍLIA	CLASSIFICAÇÃO PELO MÉTODO	DIAGNÓSTICO		Acerto
		GRAVE (n, %)	GRAVÍSSIMO (n, %)	
Relacionamento com a vítima	Ausente	7 (10,8)	0 (0)	
	Leve	8 (12,3)	3 (1,7)	92,7
	Grave	8 (12,3)	16 (8,9)	
	Gravíssimo	42 (64,6)	160 (89,4)	
Antecedentes de violência	Ausente	7 (10,8)	13 (7,3)	
	Leve	19 (29,2)	19 (10,7)	76,0
	Grave	2 (3,1)	7 (4)	
	Gravíssimo	37 (56,9)	138 (78)	

continua

Posicionamento quanto à Ausente	10 (15,9)	5 (3)	91,2
violência Leve	4 (6,4)	1 (0,6)	
Grave	9 (14,3)	24 (14,6)	
Gravíssimo	40 (63,5)	135 (81,8)	
Possibilidade de proteção à Ausente	10 (16,4)	3 (2)	91,2
vítima Leve	9 (14,8)	6 (4)	
Grave	2 (3,3)	3 (2)	
Gravíssimo	40 (65,6)	140 (92,1)	
Procura de tratamento Ausente	8 (12,7)	4 (2,4)	85,1
Leve	11 (17,5)	11 (6,7)	
Grave	8 (12,7)	19 (11,5)	
Gravíssimo	36 (57,1)	131 (79,4)	

FONTE: A Autora (2011)

4.8 COMPARAÇÃO FINAL DO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE DA VIOLENCIA PELO MÉTODO PROPOSTO E PELA AVALIAÇÃO TRADICIONAL INTERDISCIPLINAR

Dos 246 casos avaliados, pelo diagnóstico da equipe interdisciplinar, 1 caso foi tido como sem sinais de violência, 1 como caso Leve, 72 casos foram tidos como Graves, 158 como Gravíssimos e 14 com Risco de Morte (Tabela 43).

TABELA 43 – DIAGNÓSTICO DA GRAVIDADE DA VIOLENCIA PELA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

DIAGNÓSTICO PELA EQUIPE INTERDISCIPLINAR	N	%
Ausente	01	0,4
Leve	01	0,4
Grave	72	29,3
Gravíssimo	158	64,3
Risco de Morte	14	5,7
Total	246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

Pela avaliação dos mesmos 246 casos pelo Método de Classificação dos Níveis de Gravidade da Violência contra Crianças e Adolescentes, tem-se o mesmo número de casos identificados como ausentes de sinais e sintomas de violência (1) e de Nível Leve (1).

Quanto aos classificados como situação de violência grave, foram encontrados 93 casos, 21 a mais do diagnóstico anterior, casos estes considerados pela equipe interdisciplinar como gravíssimos.

Nos desdobramentos que se seguiram, no acompanhamento de cerca de três meses, novas situações foram evidenciadas, como dificuldade do responsável agressor de adesão ao tratamento, abandono da vítima por um dos responsáveis e outros, que justificam o diagnóstico de gravíssimo da equipe.

Para as classificações de Situações de Violência gravíssima, existiu uma diferença significativa, de 158 casos pelo diagnóstico da equipe, em face de 120 pelo Método.

No entanto, pelo Método proposto, foram diagnosticadas 31 crianças e adolescentes em Risco de Morte, para 14 diagnosticados pela equipe.

Na soma destes dados tem-se 172 casos gravíssimos e com risco de morte pela equipe e 151 pelo método. (Tabela 44).

TABELA 44 - CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE PELO MÉTODO PROPOSTO

PONTUAÇÃO	NÍVEL DE GRAVIDADE	N	%
3	AUSENTE	01	0,4
5	LEVE	01	0,4
6 A 8	GRAVE	93	37,8
9 A 11	GRAVÍSSIMO	120	48,8
12	RISCO DE MORTE	31	12,6
Total		246	100,0

FONTE: A Autora (2011)

Houve, portanto, um grau de acerto de 100% dos casos classificados como ausentes ou leves e graves, gravíssimos ou de risco de morte.

Analisando apenas os casos graves, gravíssimos ou de risco de morte e comparando o grau de acerto da classificação dos casos graves e gravíssimos + risco de morte, obteve-se elevado coeficiente de concordância de 0,80.

O método de classificação apresentou, para esta comparação, índice de sensibilidade de 87,7%, especificidade de 98,6% e acurácia de 91,4%.

A elevada razão de verossimilhança positiva (64,1) indica que um caso estabelecido como gravíssimo ou de risco de morte pelo método de classificação tem maior probabilidade de ser um verdadeiro positivo do que falso positivo (Tabela 45).

TABELA 45: COMPARAÇÃO ENTRE OS CASOS DE DIAGNÓSTICO GRAVE, GRAVÍSSIMO E DE RISCO DE MORTE ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E O MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR				
		Gravíssimo/Risco de Morte	Grave	Total
MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO	Gravíssimo/Risco de Morte	151 (61,9%)	0 (0,0%)	151 (61,9%)
	Grave	21 (8,6%)	72 (29,5%)	93 (38,1%)
Total		172 (70,5%)	72 (29,5%)	244 (100,0%)

FONTE: A Autora (2011)

4.9 VIOLÊNCIA QUÍMICA

Como um dado não constante no objeto de pesquisa inicial, foi evidenciado nas entrevistas iniciais das crianças e adolescentes em situação de risco para violência, encaminhadas ao Programa HC DEDICA, que mais de setenta por cento das crianças e adolescentes com mais de 4 anos de idade,

vítimas de violências graves e gravíssimas, já haviam tomado por mais de uma ano medicação psicoativa.

Mais da metade deles estavam recebendo anti psicóticos, antidepressivos ou anticonvulsivantes no momento das avaliações e os haviam tomado por mais de metade de suas vidas, apesar de apresentarem exames laboratoriais normais.'

Foram encontrados vários tipos de prescrições, a maioria de associações de 2 a 4 psicofármacos, feitas pela persistência da queixa dos responsáveis e com doses crescentes frente a falta de resultados.

Dos dados dos atendimentos do Programa HC DEDICA, entre muitas, uma realidade cruel - o médico como instrumento da violência a serviço dos agressores, caracterizando a violência química.

Nos anos de 2009 e 2010 foram recebidos 309 casos novos, destes 246 permaneceram em atendimento e fizeram parte de estudo que embasou tese de doutorado da autora. Destes, apenas 5 aconteceram fora do domicílio da vítima e foram praticados por estranhos a elas.

Mais de 65% das crianças e adolescentes apresentavam histórico de grandes dificuldades de aprendizagem. Cerca de 42 % tinham histórico de atraso por repetência ou abandono à escola e 7 adolescentes nunca haviam frequentado uma escola.

São evidentes a negligencia dos pais quanto à educação como parte da situação da violência e, o descaso do Estado. Há que se levar em conta a extrema dificuldade de aprendizagem que acompanha as situações de violencia, independentes da capacidade intelectual de cada um ou, de presença de doença ou transtorno mental.

A escolaridade dos pais das crianças atendidas apresentou índices mais elevados do que a população em geral, indicando que a violência não acontece somente nas classes desprivilegiadas sócio culturalmente, havendo registro de agressores (pais) com terceiro grau e pós graduação. Teriam eles maiores condições para a fabulação dos sintomas dos filhos e o convencimento médico e ou, o repasse da responsabilidade das distorções do relacionamento para eles.

Das crianças atendidas acima de 3 anos de idade no Programa HC DEDICA, com diagnóstico já estabelecido de violencia grave ou gravíssima,

217, cerca de setenta por cento delas chegaram ao Programa tomando medicação psicoativa em vários tipos de associações.

Seis casos no ano de 2010 chegaram ao hospital em coma por intoxicação medicamentosa, por psicoativos que lhes haviam sido receitados e administrados em altas dosagens pelos seus agressores.

Três crianças recebiam Butirofenona (Haldol) desde os 2 anos de idade e 46% do total haviam tomado psicofármacos por mais da metade de suas vidas, sem nenhum resultado.

5 DISCUSSÃO

No período de primeiro de janeiro de 2009 a trinta e um de dezembro de 2010 foram atendidas pelo Programa HC DEDICA 309 crianças e adolescentes em situação de risco para violência, Permaneceram no atendimento nas áreas da pediatria, psicologia, psicanálise e direito 246 delas, bem como seus responsáveis e a maioria dos agressores.

Não foram aceitos para atendimento psicoterapêutico os agressores com diagnóstico de pedofilia ou praticantes de outros crimes, como nas tentativas de filicídio, por se tratarem de casos de segurança e justiça.

A partir das primeiras avaliações feitas pela autora com participação de residentes da pediatria e outro profissional da área psíquica, das crianças e adolescentes encaminhados ao Programa HC DEDICA, bem como dos envolvidos em seu cuidado e na situação de violência, iniciava-se o acompanhamento psicoterapêutico.

As necessidades gerais de cada caso eram pesquisadas e profissionais do serviço social, das áreas da justiça, proteção, direito e de outras especialidades médicas, em muitos casos foram buscados a colaborar neste atendimento.

Após o diagnóstico inicial, as situações de risco de morte foram encaminhadas imediatamente aos órgãos de defesa, e, junto aos outros, iniciavam o atendimento interdisciplinar. Nos casos de diagnóstico de pacientes de outros ambulatórios ou internados no Hospital de Clínicas, eram feitas as notificações obrigatórias aos órgãos de proteção, como Conselho Tutelar e Ministério Público.

5.1 PERFIL DA AMOSTRA ESTUDADA

O atendimento do Programa HC DEDICA se constituiu, pela especificidade do atendimento e formação dos profissionais, num centro de referência para casos mais graves a crianças e adolescentes em situação de risco para violência.

Assim, foram encaminhados para avaliação diagnóstica e tratamento, vítimas das mais variadas apresentações da violência, na maioria de grande complexidade, tanto pelos serviços próprios do Hospital de Clínicas, como das instituições de defesa e proteção.

Houve uma prevalência na faixa etária dos 10 aos 14 anos, sendo possível afirmar que estes casos, na sua quase totalidade (apenas 2 casos de violência urbana ocasional), se caracterizaram por situação de violência doméstica crônica. Em seus históricos, muitas tentativas de tratamentos anteriores, parciais, interrompidos por desinteresse dos responsáveis e frequentemente também agressores, sem que medidas eficientes de proteção pelas famílias e (ou) pelos serviços de proteção legal e social houvessem sido tomadas.

Em mais da metade dos casos a situação de maus tratos se iniciou na gravidez, com o abandono do pai ou por violência de gênero, ou ainda por rejeição familiar e do próprio nascituro.

E assim foram levados em suas vidas, sem lugar e sem laços de afeto, escapando dos programas ditos de atenção às crianças e adolescentes, cristalizando seus sintomas, que passaram a ser vistos como próprios e não consequência dos atos insanos de seus agressores.

Todos apresentavam vários sintomas consequentes à violência, a maioria tinha este diagnóstico há vários anos, mas foram encaminhados ao Programa HC DEDICA pelo incômodo que causavam ao mundo adulto, pela agressividade, dificuldade de aprendizagem ou atos delinquentes.

Apenas os dois casos de violência extrafamiliar foram trazidos para tratamento das possíveis consequências da violência para as vítimas.

Por outro lado, mais da metade da amostra dizia respeito a crianças, sendo um quinto do total, menores de 4 anos de idade, tendo seus pais como agressores.

Constituem-se numa população totalmente reféns de seus agressores, para as quais o olhar capacitado e interessado do pediatra ou do médico de família pode ser sua única chance de proteção.

Cinco casos com risco de morte se tratavam de lactentes com menos de um mês de idade, vítimas da Síndrome da Criança Sacudida.

Chama a atenção ter este diagnóstico em Hospital que não se caracteriza como pronto socorro, nem atendimento a vítimas de traumas, fazendo crer que sua procura talvez tenha sido uma tentativa de esconder a violência cometida.

Uma destas crianças chegou ao Pronto Atendimento do Hospital de Clínicas em parada cardiorespiratória e outras duas em coma, com a queixa dos pais de que haviam tido uma crise convulsiva que levou ao estado em que se encontravam. Isto faz pensar quais seriam os números destes casos que chegam aos serviços de referência para emergência e, se chegam, aonde estariam estes relatos e os processos criminais que deveriam decorrer deste diagnóstico.

Segundo Keenan et al., citado pela Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, a incidência de ferimento traumático de cérebro levando a dano sério ou mesmo fatal em crianças abaixo de 1 ano de idade é de aproximadamente 1 em 3.300 (TELLES et al., 2003).

No entanto, ainda segundo Keenan et al., muitos casos de traumatismo crânio encefálico na primeira infância são de severidade baixa ou moderada, levando à dedução de que sua incidência é provavelmente significativamente mais elevada. Se existe um subdiagnóstico, de suas sequelas, pouco se sabe.

Houve uma maior incidência de casos no sexo feminino, mas em menos de dez por cento do total. No Paraná, os dados do IBGE (2008), apontam uma maior percentagem de pessoas do sexo feminino em relação ao sexo masculino, numa proporção de 52,3% de mulheres para 47,7% de homens.

Porém, as situações de violência em crianças abaixo de um ano foram todas do sexo masculino. Pelo número pequeno desta parcela da amostra, não foi possível estabelecer conclusões, mas indicam outros estudos para se avaliar se a rejeição materna grave seria mais frequente para os filhos do sexo masculino, já que todos estavam em risco de morte.

Quanto à raça, a maior parcela da população estudada correspondeu à raça branca, com apenas um caso de criança de raça amarela. Comparando os dados numéricos com o perfil do estado do Paraná pelos índices do IBGE, a porcentagem de brancos na amostra foi maior que a porcentagem geral da população (IBGE, 2008).

Foi registrado apenas um caso em adolescente de raça amarela. Não é possível, portanto, associar que a violência doméstica estaria ligada a alguma característica de cor de pele ou raça.

Sobre a escolaridade dos pais, os índices de analfabetismo e analfabetos funcionais foi inferior aos dados correspondentes à região sul do Brasil (IBGE, 2008). Também os índices de pais com escolaridade de ensino fundamental e médio, seguiram a média da população.

Em se tratando de um serviço público gratuito, ligado a uma Universidade Federal, com oferta de atendimento a população de mais baixa renda, a procura de diagnóstico e laudos periciais para situações de violência contra crianças e adolescentes evidencia uma outra realidade. Cerca de dez por cento da amostra de pais agressores estavam cursando ou tinham nível superior de ensino, e outros sete com pós-graduação em nível de mestrado e doutorado.

É possível concluir, então, que a violência de adultos contra sua descendência não é característica da falta de escolaridade, bem há que se pensar sobre uma escassez de serviços especializados para o seu diagnóstico, levando muitos serviços da área da proteção, justiça e segurança a recorrer a um programa de uma universidade pública como o HC DEDICA. Estas constatações colocam as vítimas de violência num mesmo patamar de risco, independente da profissão ou nível escolar dos responsáveis.

Da escolaridade das vítimas, excluídas as que se encontravam fora da idade escolar, apenas um terço se encontravam em nível adequado à idade. Evidenciam em parte a negligência dos pais quanto a educação dentro do contexto da violência, mas também as dificuldades de aprendizagem que acompanham as situações de violência na infância e adolescência.

O lamentável é que muito poucas destas vítima haviam recebido por parte dos órgãos de educação e proteção legal, o entendimento de que seus fracassos ou mesmo comportamentos agressivos e até delinquentes seriam decorrência do sofrimento em que viviam, mesmo já tendo o diagnóstico da violência. Ao contrário, esperou-se delas um comportamento social adequado com seus pares e professores e se exigiu bom rendimento, independente se estavam em situação de violência intrafamiliar ou já afastados dos seus, em instituições de acolhimento.

Com histórico de repetência em quase metade da amostra, restou ainda uma parcela de analfabetos funcionais, que eram crianças entre 8 a 11 anos, que haviam passado para séries seguintes sem terem tido condição de aprender o mínimo, pela situação em que viviam.

Assim, foram sendo empurradas para os anos superiores, colocados como cidadãos de segunda classe, tidos ou reconhecidos como inaptos para aprender.

Grande parte delas quando chegaram ao ano em que, pela lei poderiam ser retidas, e isto significa, pela legislação e não por sua condição pessoal, passaram para salas ou classes ditas especiais, sem metas de futuro; ou ainda para escolas destinadas a indivíduos com transtornos de conduta, medicados com psicofármacos para que se adequassem às normas desta sociedade adulta insensível ou convenientemente cega a seus sintomas de sofrimento.

Há que se refletir que da violência crônica dos pais, falharam os meios legais e sociais de proteção. Mas há que se indagar sobre quem está a protegê-los desta violência institucional, aplicada por profissionais que se dizem especialistas, que os expulsam do caminho de uma profissão e possibilidade de vida digna e ainda buscam quem anestesie quimicamente o que lhes restou de possibilidade de revolta pela vida que tem e tiveram.

Sete pré adolescentes, nunca haviam entrado em uma sala de aula.

Quanto à situação de guarda e poder familiar, em menos de um terço dos casos a guarda da criança ou adolescente era de ambos os pais, situação desejada por todas as crianças. Porém, esta convivência não evitou a situação de violência, ao contrário, em mais de quarenta por cento dos casos, ambos os pais eram os agressores diretos.

Um terço das vítimas morava com o pai ou a mãe isoladamente, e outro terço se encontrava em instituição de acolhimento (mais de dez por cento) ou sob guarda de avós, tios ou outros parentes, na maioria de maneira informal. Seis crianças estavam com guarda informal de não parentes, inicialmente estranhos a ela por total abandono da família nuclear e não aceitação pela família extensa, deixados pelos de seu sangue em total desamparo.

Sete pré adolescentes foram “devolvidos” às instituições de abrigo por seus pais adotivos no início dos sinais de puberdade. Numa sequência de adoção não assumida e rejeição cruel, devolvem ao abandono aquele um dia tido como filho.

De consequências desastrosas para o psiquismo em desenvolvimento, colocaram ainda na criança que escolheram como objeto para sua satisfação temporária, as culpas de seus atos perversos, como se a dificuldade do relacionamento com o adotado fosse por suas raízes genéticas não conhecidas.

Quanto a origem dos encaminhamentos, quase metade da amostra estudada veio através dos serviços do próprio Hospital de Clínicas, principalmente do Departamento de Pediatria. Os outros encaminhamentos foram feitos pelas instituições de proteção e justiça, como o Conselho Tutelar, Delegacias, Defensoria Pública e Varas da Infância. Somente 3 vieram através de solicitações de atendimento por escolas públicas.

Ressalta nesta análise o dado que, destes encaminhamentos feitos por instituições outras que não o Hospital de Clínicas, mais da metade destas crianças e adolescentes já eram pacientes deste centro hospitalar, atendidas por outras situações orgânicas ou mesmo pelos sintomas da violência, sem o seu diagnóstico.

Em relação à renda per capita, uma parcela comum aos indicadores sociais gerais (IBGE, 2008), se encontrava em situação de miséria, morando em lixões, como de Paranaguá, ou em bolsões de pobreza em Curitiba e Região Metropolitana.

A violência praticada era decorrente da falta de condição mínima de dignidade de vida, onde o valor da infância se restringia a necessidade de sobrevivência.

Parte destes responsáveis assim se encontrava com sua prole, por falta de estrutura socioeconômica desde suas infâncias, seguindo um caminho trilhado por seus pais, se os tiveram próximos.

Boa parte desta população estava ligada a drogadição ou ao tráfico de drogas, tanto pais como mães, deixando para seus filhos o resultado de sua desestrutura pessoal.

O desamparo do cônjuge e também da família extensa, especialmente em portadores de doenças crônicas e estigmatizantes, como Imunodeficiência adquirida, foi encontrada em situações primariamente consideradas como de negligência, pela desistência do tratamento.

No entanto, verificou-se que este abandono da possibilidade de permanecer vivo acontecia não apenas para a criança, mas também para o próprio responsável, evidenciando um desejo de morte seu. Sem identificar alguém para deixar o filho, sua desistência da vida, no ver do responsável em total desamparo, precisaria ser estendida para a criança.

O restante da amostra se distribuiu com faixas de renda equivalentes a população em geral do estado, havendo uma pequena parcela com renda superior a dez salários per capita, o que contrasta em muito com o perfil da clientela do local da pesquisa.

Tratam-se de casos crônicos de violência, vindos para diagnóstico ou laudos periciais, visto a dificuldade da justiça em definir o diagnóstico e, especialmente a gravidade da situação de violência denunciada.

Este perfil da renda per capita apresentado pela população estudada, aliado ao da escolaridade dos pais, maiores agressores, em se tratando de situações graves e gravíssimas de violência contra crianças e adolescentes comprova que estas não dependem nem de cultura, nem de padrão social.

5.2 APLICAÇÃO DO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A lógica impõe que quanto mais grave e duradouro o trauma, maiores as consequências para a criança e para o adolescente. E quanto mais imaturas e dependentes do agressor as vítimas, menor a capacidade de entendimento, elaboração do trauma, capacidade de denúncia e busca de proteção.

No entanto, outros fatores também poderão determinar a reação possível para a criança ou adolescente submetidos a situação de violência. A estrutura da família nuclear e extensa, a presença ou não, em seus conceitos de valores, de um responsável em que possa procurar apoio, aliada à visão

que tem do lugar que considera ter em seu núcleo familiar e também social, poderão tanto possibilitar como bloquear a fala de seus sentimentos, o acesso à escuta de seu sofrimento e a busca de auxílio.

Assim, constituem-se em componentes determinantes da gravidade da violência para uma criança ou adolescente, as características da vítima, o tipo e a intensidade da agressão, o perfil do agressor e a possibilidade ou não de defesa e proteção da família nuclear e ou extensa.

Para a definição da gravidade da situação de violência das crianças e adolescentes que compuseram o objeto deste estudo, foram pesquisados indicadores de risco em cada um destes quatro componentes e avaliada as suas frequências nos casos estudados.

Pontuou-se de 0 a 3 cada indicador, de acordo com a gravidade do sinal e sintoma. Estes resultados foram submetidos a uma tabela de pontuação que define os níveis de gravidade em; de 0 a 2 pontos: Ausência de indicativos de Violência; de 3 a 5 : Situação de Violência Leve; de 6 a 8: Situação de Grave; de 9 a 11: Situação de Violência Gravíssima; 12 pontos: Risco de Morte. Após, ao tempo mínimo de três meses de acompanhamento psicoterapêutico pela equipe interdisciplinar do Programa HC DEDICA, foi feito novo diagnóstico de acordo à gravidade evidenciada pela própria evolução do caso e resultados do atendimento.

Dos indicadores de risco referentes à vítima, levando-se em conta as peculiaridades de um ser em desenvolvimento, observa-se alguns aspectos importantes.

No que se refere aos antecedentes de situações de violência da vítima, a dificuldade de aceitação da gravidez ou mesmo a sua rejeição em parcela significativa da população estudada apontam para um início da situação da violência com o início da vida da criança ou adolescente. Direciona também para a possibilidade de detecção de sinais de risco para violência já no pré natal, e, desta forma, a instituição de medidas de tratamento e prevenção da sua progressão.

O abandono de um dos pais, com mais frequência o pai, surge nas histórias da maioria destas crianças como apenas um detalhe, sem que o outro genitor leve em conta a violência e o prejuízo emocional que representa, em verdade, uma marca a levar para o resto de sua vida.

O relacionamento violento explícito entre os pais foi encontrado em um quarto dos casos, permanecendo a criança como vítima secundária, em situação de estresse constante, muitas vezes se sentindo culpada pelos desentendimentos do casal, ou colocada como instrumento de guerra entre este par.

A Síndrome de Alienação Parental, com tentativa de destruição da imagem de um dos genitores, tanto foi encontrada em casais ainda em convivência diária, como nos processos litigiosos de separação. Nestes, a falsa denúncia de abuso sexual foi usada como forma de impedir o acesso do genitor ou genitora à sua prole, numa sequência de denúncias e investigações extremamente invasivas, que por si só se constituem numa violência sexual e psíquica.

Estes casos foram especialmente trazidos para o Programa HC DEDICA por solicitação judicial de laudos periciais em razão da dúvida criada pelo contraste entre a forte intensidade e persistência da denúncia, frente aos diagnósticos inconclusivos dos órgãos oficiais (Instituto Médico Legal).

Em alguns destes, especialmente na parcela da amostra de mais alta renda e escolaridade, ficou a impressão, que este tipo de denúncia vem sendo utilizado por alguns advogados, ao mínimo inconsequentes, como arma de obtenção de vantagens para sua parte. A criança, seu corpo e psiquismo devassado pelas denúncias, depoimentos e investigações periciais, passa a ser apenas um objeto de prova criado para interesse do processo. Para os filhos, a incerteza do acontecido e a escravidão à mentira criada. Permanecem em meio à relação conflituosa, com uma perda já estabelecida do genitor denunciado, forçados ao ódio por um e ao pavor do abandono do outro, para o qual pagam o laço de amor, se submetendo a suas mentiras. Coexiste, nestas situações, a violência sexual e psicológica, por ser imposto à vítima a obrigação de sustentar a história alheia, mentir e ainda agredir moralmente o outro genitor, o que lhe custará o rompimento de seus laços de amor. Ao mesmo tempo, é criado para ela um fato que não consegue bem entender ou elaborar e, desta forma passa a aceitá-lo como verdadeiro. Cria um conflito imenso, pelas memórias reais de afeto ao suposto agressor e, ao mesmo tempo de ódio e revolta, pela fabulação do abuso.

Em cerca de dez por cento dos casos a criança ou adolescente foi abandonada por ambos os pais, o que caracterizaria pelas leis brasileiras o crime de abandono, sem notícias de que tenham sido levado à denúncia ou a processo criminal. Isto mostra a pouca valorização da infância não apenas destes pais sem capacidade de assumir aquele que geraram, mas também de toda uma sociedade e dos meios legais que se calam ou cegam frente a esta realidade colocada em frente a todos.

Repetem histórias milenares, quando era dado aos pais o direito da decisão de criar sua prole, abandoná-la ou mesmo matá-la. Irresponsáveis com sua descendência e impunes pela lei, são pais que deixam para seus filhos apenas o nome, muitos, nem isto. Resta para estes a falta de lugar, em casa de terceiros, sob uma guarda imposta para a simples sobrevivência, sem não de valor afetivo ou de escolha de ambos os lados. Nestes casos, quase um quarto da amostra, foram evidenciadas situações de convivências extremamente difíceis entre a criança e seus cuidadores, para alguns com vários repasses a outros desta guarda informal.

O histórico materno de depressão pós-parto ou outra doença mental surge com demonstração clara de rejeição pelo filho desde o início da gravidez, rejeição esta considerada por familiares e profissionais como então justificada por doença, e a ser aceita por todos. Pelo diagnóstico dado ou confortavelmente criado pela mãe, indiferente aos sofrimentos que provoca no filho, é tirada dela a origem da violência e, portanto, deixado para a criança a culpa do que sofre, como se responsabilidade tivesse do ter nascido.

Mais da metade dos casos apresentaram o risco máximo para este grupo de indicadores, demonstrando significância para a avaliação proposta.

Quanto à idade de início da situação de violência contra crianças e adolescentes sujeitos da análise, apenas um caso não se encontrou nenhum risco, por não ter nenhum histórico de qualquer tipo de violência, tendo sido considerado como erro diagnóstico dos que o encaminharam. Tratava-se de falsa denúncia de abuso sexual contra o pai da criança, por ex funcionário de sua empresa, após demissão. Nota-se por este caso, como a divulgação das tentativas de alerta sobre a violência e proteção para a infância pode ser utilizada em seu prejuízo.

Neste grupo de indicadores o maior risco foi encontrado em mais de oitenta por cento dos casos, com início da violência abaixo de 5 anos e, da amostra geral, em mais da metade, na gravidez. Tratam-se de situações de rejeição da gravidez pela mãe ou ainda pela família, abandono do pai, ou ainda violência de gênero, restando a gestante e seu filho em total desamparo, financeiro e emocional.

A associação de gravidez na adolescência, com abandono ou falta de reconhecimento do filho por parte do pai e ainda rejeição da família, foi encontrado em muitas mães agressoras. Numa distorção da causa do abandono e da rejeição do companheiro e família, atribuíam ao filho a razão do desarrimo que viveram. Repassavam ao filho o seu sofrimento, por muitas formas de expressar sua rejeição.

Chama a atenção de ter-se o diagnóstico de que em mais de oitenta por cento dos casos a violência começou no início da vida destas vítimas e estas crianças estarem submetidas à continuidade desta situação por toda sua existência, alguns já adolescentes.

Comparado à idade de encaminhamento para o Programa HC DEDICA pela situação de violência, tem-se de um lado mais de oitenta por cento com histórico de violência iniciando abaixo de 5 anos e, por outro a mesma porcentagem ainda sem atendimento adequado em situação de violência grave ou gravíssima, acima dos 10 anos.

Da avaliação do estado geral da vítima, em relação a suas condições físicas e psíquicas tem-se que, afastado o caso de erro diagnóstico, somente duas crianças atendidas apresentavam-se em bom estado geral, sem comprometimento aparente da saúde física e mental. Com alterações leves físicas ou psíquicas outras três.

Dos casos restantes, todas as vítimas apresentavam sinais ou sintomas psíquicos atuais e ou sequelares da violência sofrida, consideradas em estado geral regular mais de metade delas.

O mau estado geral, com sinais e sintomas evidentes de alterações psíquicas, e ou físicas, sexuais ou ainda por negligência foi diagnosticado em cerca de dois quintos da amostra, demonstrando a grave repercussão da violência para um ser em desenvolvimento.

Quanto à vinculação da criança ou adolescente com o ou os responsáveis, uma pequena parcela não apresentava nenhum sinal ou sintoma que indicasse risco, mostrando que os laços de amor e confiança com os responsáveis ainda podem permanecer, mesmo em situações de violência grave. Parte destes casos diziam respeito às poucas vítimas de violência extradomiciliar.

Segundo Sigmund Freud (1926), a indefensibilidade do recém nascido e primeiros anos de vida aumenta enormemente o valor do único objeto que pode protegê-lo dos perigos e substituir a vida intra uterina perdida. Assim, este fator biológico da imaturidade produz as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, da qual o homem não se livrará mais (FREUD, 2004).

Assim, há que se considerar a interferência da violência na formação ou manutenção dos vínculos de amor e respeito com o mundo adulto e consigo mesmo em todos os casos onde o responsável é o agressor.

A diminuição ou ausência de vínculos com um dos responsáveis foi encontrada em um terço dos casos para um dos genitores e em quase metade para os dois, consequência direta da cronicidade da vivência sob o teto da violência. Há que se lembrar que em mais de metade dos casos, o histórico de violência se iniciou com suas vidas, na gravidez.

O vínculo sado masoquista ou perverso, onde ficou claro o prazer do responsável em maltratar sua cria foi identificado em vários casos, especialmente em casos de abuso sexual e da Síndrome de Münchausen por Procuração.

Poucas vítimas demonstravam abertamente no início das avaliações sentimentos de medo, raiva, rancor ou repúdio pelos responsáveis, apesar de tratar-se de violências graves e gravíssimas impostas a elas. Quatro casos apresentaram situação distorcida e confusa frente aos dois responsáveis por serem filhos de relação incestuosa e extremamente violenta do genitor comum para com a mãe, relação esta mantida por mais de vinte anos, com desconhecimento para os filhos que a paternidade era do avô.

Do total da amostra, apenas um quarto apresentava desenvolvimento psicomotor normal para a faixa etária. Um terço se encontravam em estágio de desenvolvimento compatível com a faixa etária imediatamente inferior.

Quando comparados estes índices, com exceção dos gravíssimos e em risco de morte diagnosticados e encaminhados no primeiro ano de vida (6,1%), aos da situação de violência crônica, há que se surpreender com a extrema resistência da criança e adolescente em meio à violência.

Todas as crianças portadoras de patologias crônicas que afetam áreas do desenvolvimento e estavam sob situação de violência apresentaram atraso de desenvolvimento acima do limite esperado.

As condições de convivência social da vítima foram colocadas como indicadores, por representarem o reflexo da convivência familiar da criança ou adolescente. Nas com idade inferior a três anos este indicador não foi levado em conta, haja visto não ser esperado nesta faixa etária, um bom desempenho social.

Dos restantes, menos de cinco por cento não apresentava nenhuma dificuldade de relacionamento familiar e em sociedade. No entanto, respostas eventuais exacerbadas de apatia ou agressividade, ou mesmo dificuldades de relacionamento entre pares, levando a um distanciamento daqueles de suas faixas etárias foram encontradas em quase quarenta por cento dos casos.

Os sinais ainda mais graves, de impossibilidade de convivência entre pares e ou comportamento delinquente estavam presentes em um terço da amostra, demonstrando os desdobramentos da violência para além dos muros de suas residências. A maioria destes chegou ao Programa HC DEDICA não por preocupação dirigida a eles como vítimas de violência, mas sim por seu comportamento causar desconforto ou incômodo ao mundo adulto que frequentam, como em suas próprias famílias e escolas.

Daqueles identificados como de risco mais grave, pré púberes ou adolescentes, tinham histórico de violência gravíssima desde a gravidez

O desempenho acadêmico da criança ou adolescente foi também considerado um bom indicador para a cronicidade e gravidade da violência, sendo que pouco mais de dez por cento dos que se encontravam em idade escolar, não apresentavam sinais de risco para este indicador, seguindo bem o proposto pelas suas escolas.

Em quase metade das vítimas de violência avaliadas, haviam indicadores de dificuldades graves de acompanhamento do aprendizado e em um terço o fracasso ou a desistência dos meios institucionais com a expulsão

da escola. Sete adolescentes, naturais e residentes de Curitiba nunca haviam frequentado uma escola.

Menos de cinco por cento da amostra eram crianças ou adolescentes portadores de algum tipo de deficiência ou doença limitadora da condição acadêmica.

Surpreende que nos outros casos de crianças e adolescentes com grandes dificuldades do aprendizado por situação de violência, estes estavam recebendo ou haviam recebido por mais de metade de suas vidas medicação psicoativa, em associações variadas e doses que foram sendo aumentadas progressivamente pela falta da reposta esperada.

No entanto, para a maioria destas crianças e adolescentes obteve-se a melhora deste sintoma após controle da situação de violência, submissão a tratamento psicoterapêutico adequado e participação da escola na recuperação do que não foi aprendido pela impossibilidade psíquica causada pela situação de violência.

Como vítimas de violências graves, os pacientes do Programa HC DEDICA tinham inúmeros sintomas psíquicos decorrentes dela, inclusive deslocamento de atenção para a situação de sofrimento e, baixo rendimento escolar, até mesmo fracasso.

Do segundo componente a ser avaliado, a agressão, tem-se os grupos de indicadores de risco definidos no quadro 17 apresentado anteriormente, que levam em conta o tipo de violência e seus níveis de gravidade.

Dentre os indicadores de risco para a presença de sinais ou sintomas que indiquem violência física tem-se um terço dos casos com risco zero, portanto se tratavam de casos de outros tipos de injúria intencional que não a física.

Em um quarto dos casos houve o histórico de agressões leves, que não necessitaram tratamento médico, como palmadas e puxões de orelhas, alguns com marcas destas lesões no momento do exame, como pequenos hematomas, ou eritemas.

Considerados pelos responsáveis como normais dentro de uma forma socialmente aceita de educar, apontam para a cultura milenar do uso da força para limitar as ações da infância e adolescência, sem se darem conta das razões reais do porque batem.

Reproduzem, sem filtros, nos filhos o sofrido em suas infâncias, sem coragem de questionarem-se se aquela realmente teria sido a melhor forma de serem tratados pelos seus pais. Ou mesmo a consequência de seus atos agressivos, muitas vezes em lactentes que nem conseguem entender o dito, menos ainda a dor provocada.

Um terço da amostra apresentava lesão física atual ou histórico de trauma que necessitou tratamento médico ambulatorial, portanto, de maior impacto sobre a saúde física e emocional da vítima.

Foi considerada violência física também a piora de quadros clínicos, ou manutenção de sintomas de doenças tratáveis, por erros injustificáveis ou abandono de tratamentos. De grande risco os encaminhados pelos serviços de infectologia, em crianças portadoras de HIV, da hematologia, nos quadros graves de leucemia ou câncer, denotando uma desistência da vida, como já apresentado. Da dermatologia, crianças e adolescentes atópicos, mostraram melhora evidente do quadro clínico após inclusão da vítima e mãe ou responsável no acompanhamento psicoterapêutico.

Lesões indicando espancamento ou tortura, Intoxicações medicamentosas, tentativas de envenenamento, lesão cerebral, fraturas ou outras que necessitaram tratamento hospitalar, todas de extrema gravidade, caracterizando risco 3, foram responsáveis por um terço dos casos.

Os sinais e sintomas de negligência ou omissão do cuidar estiveram presentes na maior parte da amostra estudada.

O descuido da criança ou adolescente por fatores sócio culturais ligados então a situações de miséria ou cultura e desconhecimento das necessidades da criança e do adolescente foi responsável por pequena parcela das vítimas.

Diziam respeito a faltas nas medidas de manutenção à saúde, prevenção e controle de doenças e no acompanhamento ao aprendizado, em proporção da metade do número dos encontrados em situação de miséria.

Fica evidente que nestes casos os fatores sociais determinaram a gravidade da omissão do cuidar, mas por outro lado, é possível afirmar que mesmo em situação de miséria, outros fatores como a desvinculação com o filho pode ser o precipitante da violência.

Cerca de metade da população do estudo, independente da classe sócio cultural, no entanto, apresentava sinais e sintomas decorrentes da falta de estímulo adequado, falhas nos tratamentos à saúde, descaso quanto à afetividade ou abandono ao cuidado de terceiros sem supervisão.

O abandono total, grau máximo da negligência, foi encontrado em 9 casos, onde os pais desapareceram da vida destas vítimas, sem se preocuparem em lhes oferecer condições mínimas de sobrevivência, ou um encaminhamento para os órgãos de proteção.

De nível de risco 3, corresponderam 180 casos ou 73,2% da amostra, evidenciando que a omissão do cuidar parece ser aceita tacitamente pelos órgãos de proteção e defesa, só merecendo o seu olhar em casos extremos.

Dos casos de crianças e adolescentes em situação de acolhimento, este dado como os outros relacionados com a situação de violência, foram avaliados com vistas à condição primária de agressividade que indicou o abrigo, objeto deste estudo.

No entanto, há que se apontar para inúmeras situações de negligência cometidas pelas próprias instituições, como atraso na compra e administração de medicamentos para doenças agudas e crônicas. Também a imposição de períodos de faltas às aulas até ser conseguida a transferência de escola, especialmente quando na troca de região ou bairro com o acolhimento, com descaso sobre o impacto da perda também de contato com outros do relacionamento da criança ou adolescente, como professores e colegas, foi a norma das histórias destas vítimas.

A falta de acompanhamento adequado às alterações psíquicas pela violência sofrida e também pelo afastamento da família é fato comum, havendo que a criança dar conta sozinha de seus sentimentos de medo, raiva, revolta e angústias. É esperado que, simplesmente se adapte às novas normas de convivência em grupo e se comporte segundo elas, como se o teto, comida e vestes fosse o seu necessário, e, uma nova dívida a pagar com o silêncio de seus sinais e sintomas sofrimentos atuais impostos por uma realidade que não escolheu.

Muitas são levadas a tratamentos psiquiátricos, como se a doença mental fosse delas.

A violência psíquica ou psicológica foi agressão presente na maioria absoluta dos casos, na apresentação isolada, ou como secundária às outras situações de violência.

O descuido ou descaso com sua segurança e bem estar foi apontado para 38 vítimas, expondo-as a diversas situações de insegurança e desproteção.

A responsabilização excessiva da criança ou adolescente, submetendo-as a trabalhos superiores a sua capacidade ou força física, deixando irmãos menores sob seus cuidados, ou a própria vítima como responsável de si, surgiu em 7 casos.

Obteve-se o diagnóstico de rejeição e indiferença em mais de um terço das vítimas e mais de um quarto correspondeu ao uso constante de agressões verbais ou atitudes agressivas e o uso da criança como instrumento de maltrato nas relações conflituosas dos pais.

Embora se tenha que em 26 casos houve o abandono de um dos pais e em 21 de ambos, o relato de ser o desamparo o principal fator de violência psicológica foi encontrado em apenas um terço destes casos, demonstrando o já comentado, que este abandono não é considerado pelo responsável como um dano à criança.

Nos restantes, ameaças à vida e a simulação ou criação de sinais e sintomas de doenças inexistentes, mesclada à danos físicos reais, caracterizando a Síndrome de Münchausen por Procuração corresponderam a quase dez por cento dos casos.

Referem-se a quadros gravíssimos, com produção de sinais e sintomas de doenças, através de submissão a medicamentos ou tóxicos, tendo o médico muitas vezes como conivente ou instrumento intermediário ou possibilitador da agressão.

Do total de crianças e adolescentes avaliados, quase metade apresentaram sinais e sintomas de terem sofrido alguma forma de violência sexual pelos indicadores propostos. Nestes indicadores foram incluídos sinais de abuso sexual não explícito, mas nem por isto sem danos para a vítima, como a manutenção da criança ou adolescente em situação de intimidade adulta e invasão de sua privacidade.

A encontro de sinais de relacionamento erotizado por um dos responsáveis também foi considerada como uma forma de abuso, correspondendo a situações de exibicionismo pelo adulto, co-leito do casal com exposição a suas intimidades sexuais, ou apresentação de filmes ou material pornográfico, falas com cunho erótico e (ou) indução à sexualidade precoce.

Em apenas 2,2% do total de casos a agressão sexual foi cometida por estranhos sem sinais de convivência, impotência ou negligência por parte dos responsáveis. Levando em conta os 110 casos classificados como de violência sexual, tem-se que em somente 5,4% deles, o agressor era pessoa estranha à vítima e fora da sua convivência social e familiar.

Nos restantes, os responsáveis estavam envolvidos de alguma forma no abuso, ou de forma direta, como estupradores, ou, em cerca de um quinto dos casos de abuso sexual, por falsa denúncia com uso da criança como instrumento de agressão ao outro cônjuge ou para obtenção de benefícios próprios.

Quanto à auto-agressão como forma de violência auto infligida, era esperada uma alta frequência, por se tratarem, na maioria, de casos crônicos de violência, com situações onde a criança ou adolescente cresce sentindo-se insuficiente para conseguir o amor dos responsáveis, ou sem lugar na família. Em crianças abaixo de três anos esta avaliação não foi aplicada, pela dificuldade da credibilidade da informação, por ser sempre um dado obtido de um outro.

As condutas de auto-agressão consideradas de risco 1 corresponderam a pouco mais de dez por cento da amostra, bem com as de risco 2, com o diagnóstico de crianças e adolescentes que procuram habitualmente atividades e grupos de risco, demonstração de orgulho pelos traumas ou perigo passado, bem como os que apresentavam alterações alimentares, atrasos ou inconstâncias em seguir tratamentos a doenças.

O risco 3 foi apresentado por um quinto da amostra, já com atitudes graves para si mesmo, em crianças e adolescentes com comportamentos delinquentes como agressividade contra colegas e professores, ou com outros do círculo familiar, abandono da escola, procurando fracassos e outras formas de dano a si mesmo.

O sintoma de enurese e encoprese após controle de esfíncteres, foi encontrado como forte indicativo de situação de violência familiar gravíssima, com rejeição da criança ou adolescente evidente. Foram casos em parte encaminhados pelo Serviço de Gastroenterologia Pediátrica, após esgotamento de seus recursos terapêuticos e pelas escolas, pelo mal estar que o sintoma provocava nos alunos e professores.

Como o diagnóstico da violência não fez parte dos critérios iniciais de diagnóstico diferencial, e sim por exclusão dos outros possíveis, estas crianças e pré adolescentes continuaram vítimas de muitas agressões por longo período, mesmo estando sob a supervisão médica e educacional.

O uso de *piercings*, tatuagens em exagero, ou outros atos de auto mutilações, levando a alteração do fenótipo, fez parte de pequena parcela em relação ao total da amostra, já em pré-puberes e adolescentes. Mas, se considerados apenas nesta faixa etária, apontam para um sintoma de sofrimento mascarado pela moda atual, em número importante se encarado como uma alteração de aparência definitiva e irreversível do indivíduo

Obesidade, sem resposta a tratamento, bulimia e anorexia foram encontrados como formas inconscientes de maus tratos a si mesmo. A tentativa de suicídio foi o motivo de encaminhamento em 6 casos, três deles em crianças de nove a onze anos. Todos, casos crônicos de violência doméstica gravíssima, com várias denúncias anteriores aos órgãos competentes, sem que estes tivessem tido ações eficientes de tratamento e proteção.

Nos casos onde foram encontrados sinais de auto agressão, houve uma prevalência dos de risco 3, de maior gravidade.

Da mesma forma que nos indicadores anteriores, para os sinais e sintomas de auto-agressão observou-se associação estatisticamente significativa em relação à classificação dos casos em grave e gravíssimos, demonstrando significância estatística para a avaliação proposta.

Ademais, acima da análise estatística, os sintomas de auto-agressão indicam a seriedade das repercussões e seqüelas da violência imposta às vítimas, que traz para si a responsabilidade de seu sofrimento e das queixas habituais do agressor.

Em menos de vinte por cento dos casos não houve indicativos de que a criança ou adolescente fosse obrigado a nenhuma forma de trabalho. A criança ou adolescente participando no trabalho doméstico comum é uma prática na maioria das famílias entrevistadas, após ou 4 a 5 anos de idade, considerada como dever e ensinamento, mesmo em idades precoces.

No entanto, em cerca de um quarto dos casos houve o relato de que a vítima era obrigada a trabalhos doméstico estafantes ou acima da sua capacidade física e ou mental, mesmo em idades abaixo dos sete anos, como serem responsabilizados e cobrados duramente pela limpeza da casa, preparo da alimentação bem como do seu cuidado e de outros menores da casa.

Submetidas a trabalho extradomiciliar, com abandono ou baixo desempenho nos estudos e conseqüente prejuízo para seu desenvolvimento foram encontradas quase dez por cento das vítimas.

Tratavam desde trabalhos de empregada doméstica, ou auxiliares de produção em pequenas empresas familiares nas de classe sócio cultural mais baixa.

Mas, naquelas de mais alta renda, também foram evidenciados o uso da criança ou adolescentes para o cuidado dos irmãos menores, ou em trabalhos em empresas particulares, o uso de sua imagem em mídia comum, ou ainda o aproveitamento de habilidades da idade, como a capacidade em computadores no auxílio de trabalhos familiares.

Há que se ressaltar que estes indicadores apareceram em vários níveis sócio culturais, não apenas em situação de pobreza ou miséria, como se fosse um dever e bom uso do filho, a compensar a pouca presença dos pais.

Tem como ponto comum, independente da classe sócio econômica, o uso da criança ou adolescente como objeto, independente dos prejuízos para seu aprendizado formal ou desenvolvimento físico e mental, com usurpação do seu tempo de brincar, e remuneração tomada diretamente pelos seus responsáveis.

Como em indicadores anteriores, este dado não foi avaliado quanto as condições de acolhimento nas vítimas em instituições, mas sim de acordo ao histórico primário de violência.

No entanto, relatos espontâneos destas crianças e adolescentes demonstram que em muitas dos estabelecimentos ditos de acolhimento, além de auxiliarem em algumas atividades tidas como domésticas como parte da socialização e aprendizagem, são submetidas a obrigações diárias, como limpeza de banheiros comuns, de chão e calçadas, além de processos de faxina, que não se diferenciam do abuso que sofriam em suas casas.

Algumas tem seus horários de estudo adaptados à da instituição, justificada pela maioria de seus dirigentes como necessidade de compensar falta de funcionários, pelos poucos recursos que recebem do estado.

Evoluímos realmente da situação das crianças acolhidas pela Roda dos Expostos do século XIX?

Em situação de mendicância se encontravam 13 crianças e adolescentes, fazendo desta prática um modo normal de sobrevivência. Dois deles, com 10 e 11 anos, participavam com os pais de roubos e assaltos, como forma entendida de trabalho. Outros, a partir dos 3 a 4 anos, ajudavam seus pais traficantes a enrolar os cigarros de maconha (3 relatos).

Neste estudo não foi considerada a exploração sexual como forma de exploração pelo trabalho ou forma de prostituição infantil, como algumas organizações internacionais, como a OIT - Organização Internacional contra o Trabalho Infantil, a caracterizam. Não há como nominar de prostituição infantil ou de forma de trabalho degradante, a violência sexual imposta a crianças e adolescentes, pois nunca haverá nenhum lucro ou remuneração válida para sua parte (OIT, 2005).

Estes conceitos precisam ser revistos e há que se enxergar a exploração sexual na infância e adolescência como uma forma gravíssima de abuso sexual, habitualmente secundário ao abuso sexual intradomiciliar, onde a vítima é colocada como objeto de prazer perverso e, quando vendável, ao de lucro. Todas vão levar esta marca de muitos sofrimentos para o resto de suas vidas.

Em se tratando do terceiro componente da situação de violência na infância e adolescência, os indicadores para avaliação do risco para o agressor, dizem respeito a seus antecedentes de violência, tipo de relacionamento e vínculo com a vítima, bem como social.

Dos antecedentes pessoais de violência, excluídos os estranhos à vítima e família, em apenas 3 dos agressores não foi evidenciado nenhum antecedente de violência, tanto sofrida como aplicada por ele.

O maior número de agressores apresentava dificuldades de relacionamento interpessoal ou de gênero, traduzidas em um quinto dos casos como autor de violência doméstica crônica, com situação de passividade, impotência ou mesmo negligência do outro cônjuge quanto à violência imposta aos filhos ou agregados.

Chama a atenção a frequência de mais de um terço destes agressores terem histórico de violência grave por parte de seus pais ou responsáveis em suas infâncias, incluindo o abandono de ambos os pais, então denunciado como motivo de sofrimento.

O histórico de terem sido adotados e não se sentirem incluídos ou mesmo rejeitados por esta família é muito claro em 3,3% do total. Não foram encontrados índices oficiais de porcentagem da população em geral que são filhos por adoção, para análise de quantos nesta situação realmente se sentem incluídos ou são bem tratados e se estes dados teriam significância quanto a esta população específica.

O histórico de abandono de outros filhos, ou deixados sob cuidados dos avós, ou mesmo em situação de acolhimento pela violência deve ser levado em conta, havendo que ser reconhecida a impossibilidade destes pais em assumirem a função materna ou paterna, embora a violência seja sempre dirigida especialmente para aquele onde os laços de amor não se deram. Comum, após a retirada de um filho por medida de proteção, que o casal ou mesmo a mãe de forma isolada engravide, como uma substituição do perdido, porém com grande chance de repetir os abusos na sua nova prole.

Conclui-se, portanto, que o acompanhamento psicoterapêutico do agressor é sempre fundamental, senão para recuperar os vínculos perdidos com a vítima e garantir sua proteção e melhor condição de vida, ao menos para que possa assumir suas responsabilidades para com os outros filhos que poderá ter.

Como indicador importantíssimo pela gravidade de seu significado, o histórico de morte de outro filho ou filhos por causa obscura, desconhecida ou não compatível como o diagnóstico trazido pelos responsáveis, embora não

tenha apresentado grande valor estatístico, deve sempre ser considerado de alto risco.

Em duas situações diagnosticadas inicialmente como Síndrome de Münchausen por Procuração, havia o histórico de mortes de dois filhos anteriores e em outra situação, uma morte de filho dos mesmos pais, por diagnósticos não compatíveis com os sintomas relatados e a evolução clínica para o óbito. Da semelhança das queixas com as patologias descritas para os filhos falecidos, levantou-se o diagnóstico, confirmado como tentativa de filicídio, pelo total desaparecimento dos sintomas apresentados pelas vítimas, após o afastamento dos pais.

A busca da real *causa mortis* em situações de ausência de diagnóstico evidente, com exame anatomopatológico obrigatório por lei, ausente em todos estes casos, especialmente na infância, não parece fazer parte da rotina da maioria dos médicos e deixa um vazio de proteção para o restante da prole desta família.

Quanto ao tipo de relacionamento com a vítima, excluídos os não avaliados e estranhos à vítima (6,7%), em apenas 3,3% dos agressores foram identificadas dificuldades de relacionamento por problemas socioculturais no entendimento das necessidades da infância e adolescência. Este é um dado contrastante com os índices de renda e escolaridade, visto serem mais de um quinto da amostra classificados como em situação de pobreza e miséria, analfabetos, ou semi analfabetos.

Esta constatação desvincula o rígido critério aceito pela maioria da população, leiga e científica, de que a violência estaria ligada apenas à falta de recursos sócio culturais. Mesmo nestas situações podem existir outros fatores que determinem a violência contra a criança ou adolescente.

A intolerância quanto a fase de desenvolvimento da criança ou adolescente esteve relacionada com o despreparo dos pais sobre o desenvolvimento infanto-puberal, bem como a situações de não aceitação da gravidez, que se prolongou para o filho nascido e crescido.

Perto de um quarto dos agressores mostravam claramente uma intolerância constante quanto as características próprias da infância, com queixas relativas ao comportamento normal esperado, tendo esta parcela de vítimas sido submetidas a muitos tratamentos com psicofármacos.

Teriam também estes profissionais da saúde a mesma distorção do entendimento do comportamento normal de um ser em desenvolvimento, ou estariam indisponíveis física e ou psiquicamente para levantar um diagnóstico de que aquelas queixas se tratavam de forma de violência? Para os pais, ficaria mais fácil justificar o desconhecimento.

Em dois casos de intoxicação medicamentosa grave, a avó administrava doses altíssimas de Butirofenona (Haldol) aos dois netos de 5 e 6 anos, dos quais tinha a guarda, levando a vários episódios de intoxicação com risco de morte, numa forma cruel de mau trato. Mas, este medicamento, de indicação para esquizofrenia, vinha sendo receitado por profissional médico ao seu neto, mediante suas queixas, desde os seus dois anos de idade!

Os sinais de claros de rejeição e indiferença pelo agressor foram encontrados em mais de um terço dos casos, sendo que em um quarto houve o seu abandono explícito, físico, moral e ou emocional. Quase noventa por cento dos agressores apresentaram sinais evidentes de graves distorções de relacionamento com a vítima.

Somente estes indicadores demonstram a total desproteção destas crianças e adolescentes na sua convivência diária, bem como o grande dano ao seu desenvolvimento físico e psíquico.

Do vínculo de convivência ou responsabilidade do agressor com a vítima, tem-se a mãe indicada como agressora mais freqüente de forma isolada, em quase um terço dos casos, quatro deles por mãe adotiva. Em cerca de dez por cento das situações avaliadas, o agressor era o pai biológico e em outros 9 casos o que se encontrava no lugar deste pai.

No entanto, como já apontado, o abandono do pai logo ao nascimento ou durante a vida da criança ou adolescente não foi trazido pela vítima como forma de violência, a não ser pelos adultos agressores, falando de suas infâncias. Nota-se que esta forma gravíssima de violência é vista pela criança na maioria das vezes como causa sua, por não ter conseguido ser suficiente para o amor do pai.

Deveria ser considerada como desencadeadora de muitas outras formas de violência, não apenas pelo desamparo do filho mas também da mãe, deixando para ela o ódio e as mágoas do abandono e o custo da

sobrevivência, a serem repassados para a memória viva do fracasso do relacionamento.

Esta violência não foi aqui computada como causa por ser a situação de violência atual o objeto principal deste estudo, mas precisa ser levada em conta como um dos fatores de risco apontados. Com certeza, se estes números entrarem na lista dos agressores, os pais vão se sobressair às mães. Somam-se a eles, o encontro que em mais de quarenta por cento das situações de violência estudadas, ambos os pais eram os agressores, havendo que se concluir que os pais foram responsáveis por mais de quatro quintos das agressões.

Também os avós, como colocados no lugar de responsáveis representaram grande risco para as suas vítimas. De conceito de respeitabilidade social pela idade e posição de teórico maior saber cuidar, deveriam ser sempre muito bem avaliados quanto a suas condições de assumir a guarda de uma criança ou adolescente. Especial atenção quando se tratarem dos pais do agressor, pois não se nasce violento. Muitas vezes pode-se estar tirando a vítima da filial para se colocar na matriz da violência.

Os pais adotivos, incluídos na lista dos responsáveis agressores, representaram 4,0% do total da amostra ou 10,1% do total de pais, não tendo sido encontrado índices fidedignos para estudo comparativo que pudesse dizer da importância destes dados.

As evidências trazidas quanto ao comportamento do agressor em seus relacionamentos primordiais, ou seja, com a cônjuge, prole, família e sociedade foi avaliada, com vistas à ter este item como um sinal de alerta para a investigação das crianças e adolescentes sob sua responsabilidade.

Em apenas pequena parcela dos agressores, menos de dois por cento, não foram encontrados transtornos de comportamentos reconhecidos por ele, ou pela vítima e familiares. No entanto, foi possível identificar agressores com distúrbios de comportamento levando a episódios de agressividade eventuais dirigidos à vítima em cerca de um sexto dos casos, apontando que, indivíduos considerados como de comportamento normal para o restante da família e sociedade podem ser extremamente agressivos com uma determinada criança ou adolescente.

Apresentando alterações crônicas do comportamento em várias áreas do relacionamento, como no doméstico, social e de trabalho, foram classificados mais da metade dos agressores.

No nível de risco 3, não em pouca frequência, foram identificados outro sexto dos agressores, além de pequena parcela com alterações de comportamento devido a deficiência ou doença mental (2,9%).

Esta porcentagem, embora muito pequena em relação ao total, por se tratar de situações de violência grave e gravíssima, deveria chamar a atenção para a necessidade de avaliação rotineira das condições de vida e segurança das crianças e adolescentes filhos de pessoas portadoras destes agravos, bem como da necessidade de planejamento familiar.

No entanto, é possível identificar que a violência contra as crianças e adolescentes não é desencadeada pela doença mental, nem seriam as psicoses sua razão. Em verdade, ela é praticada em sua maioria, por pessoas adaptadas à sociedade, com comportamentos adequados nos meios sociais.

Segundo Peres et al. (2003), os delitos cometidos por psicóticos são uma minoria, com características não menos relevantes, mas, sem dúvida, numericamente pouco expressiva, comparados aos outros fatores que colaboram para a disseminada, contínua e cumulativa violência doméstica que atinge todas as populações do mundo, independente de nível cultural, social e econômico.

A pesquisa do indicador de risco pelo uso de álcool ou outras drogas pelo agressor foi feita através da indagação direta ao agressor, e ou à vítima e familiares.

Constatou-se ser este um dado de difícil reconhecimento pelo próprio indivíduo e também em famílias coniventes com o uso, o que resultou em informação desconhecida em quase metade dos casos.

Também a credibilidade da informação pode ser questionada, tendo sido obtida em informação cruzada entre agressor, vítima e família como da inexistência de uso de álcool ou outras drogas ilícitas em quinze por cento dos casos.

Outra igual parcela da amostra foi de agressores com uso assumido de bebidas alcoólicas, com exacerbação de ações violentas contra a vítima e família.

Outros se consideraram ou foram considerados dependentes de álcool ou outras drogas ilícitas, com aparentes danos para a vítima em dez por cento dos casos e uma pequena parcela foi identificada como traficantes, com histórico policial ou mesmo prisão (2,9%), incluindo a vítima ou no uso ou no comércio da droga.

Porém, a variedade das informações de uso ou não uso descaracteriza o uso de substâncias psicoativas como determinante presente em todas as situações de violência contra crianças e adolescentes. Mas, como indicador de risco, foi considerado sem significância estatística importante e sem credibilidade da informação, determinando sua retirada do método proposto.

Do indicador de como o agressor justifica seus atos violentos, muito poucos apresentaram razões mais simples, como modo culturalmente aprendido de educar, ou conseqüentes a situações de estresse temporário não relacionado com a vítima, mas aceitando rever a conduta agressiva. Foram casos de melhor evolução, onde não havia histórico de grandes violências em suas infâncias.

Outros minimizaram a violência cometida, sem entender os danos atuais e potenciais à vítima e, desta forma, não demonstraram desejo nem aceitação em reavaliar e modificar seus comportamentos agressivos, sendo considerados de maior risco.

A maioria, no entanto, culpabilizou a vítima pelos seus atos agressivos, não sendo possível reconhecer de sua parte nenhuma tentativa de reduzir ou eliminar a situação de violência.

Em cerca de um quarto dos casos o agressor negou a autoria da agressão, embora fosse claramente identificável e em sete por cento dos casos, o agressor ainda demonstrava orgulho pelos seus atos, numa total impossibilidade de aceita-los como danosos para a vítima. Este grupo foi responsável por 169 casos ou 82,4% do total da amostra, o que foi considerado um forte indicador de risco.

O acompanhamento e tratamento psicoterapêutico do agressor em todos os seus níveis é norma do Programa HC DEDICA, mesmo em situações de afastamento da vítima, como pelo acolhimento. Excetuam-se os praticantes de crime como pedófilos e nas tentativas de homicídio, considerados como assuntos de segurança e justiça.

Não permaneceram no atendimento os portadores de doenças mentais, por já receberem assistência especializada em outros locais, que foram informados sobre o diagnóstico e do acompanhamento da vítima pelo Programa.

Seria impossível pensar um atendimento a situações de violência doméstica na infância e adolescência sem a inclusão na proposta, do acompanhamento dos responsáveis pelo seu cuidar e pela violência. Não se teria previsão de melhora da vítima se a situação de violência permanece. Assim, a aceitação de tratamento abre a possibilidade de arrefecimento e até extinção do quadro de violência, sendo portanto um indicador importante quanto ao prognóstico.

Todavia, a promessa de seguimento terapêutico nas primeiras entrevistas nem sempre se confirmou em muitos casos e este dado foi responsável por muitas avaliações iniciais pelo Método como graves, e que na sequência do atendimento se mostraram gravíssimas. Também, ao contrário, muitos agressores que negaram o tratamento nas primeiras avaliações, após o seguimento psicanalítico e ou a intervenção da justiça da obrigatoriedade, padrão não comum nos atendimentos psicoterapêuticos, acabaram por aderir ao acompanhamento.

Mesmo assim, por seu grande valor de prognóstico e a possibilidade de modificação da estrutura de relacionamento violento, foi mantido no Método. Recomenda-se, nas avaliações interdisciplinares que podem se prolongar com a psicoterapia, que estes indicadores sejam utilizados, como forma de avaliar a possibilidade de intervenção com sucesso ou não na situação de violência, bem como no aumento do risco, quando de abandono ou inconstância do tratamento pelo agressor. Será aqui discutido como contribuição para outros trabalhos e assistência a vítimas de violência.

Pequena parcela dos agressores aceitaram, sem questionamentos, ou mesmo agradeceram a oportunidade de tratamento para si e para a vítima. Em outros poucos casos, o agressor aceitou num primeiro momento o tratamento para si, mas logo passou a comparecer de forma irregular, muitas vezes sob intervenção solicitada ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância, com poucas perspectivas de bons resultados.

Aproximadamente um sexto dos agressores compareceram ao tratamento por imposição da justiça, sem adesão e sem resultados e quase metade destes não aceitou tratamento para si nem para a vítima.

Em 15,5% da amostra o agressor foi considerado como psicótico perverso, praticante de crime de tentativa de filicídio ou ainda se caracterizava como pedófilo, não sendo enquadrado no atendimento do Programa. Três mães apresentavam deficiência mental grave, sem condições de acompanhamento psicoterapêutico com vistas à melhoria de seus vínculos com a criança, que por vezes desconheciam como suas.

Duas destas mães, tidas como esquizofrênicas, conseguiram denunciar durante suas primeiras avaliações, que haviam sido vítimas de estupro, cometido pelos padrastos nas suas infâncias, acobertados pelas suas mães, que ainda mantinham estes relacionamentos, quando tinham entre 7 e 8 anos. Questionou-se o diagnóstico, dado frente às modificações de comportamento destas crianças, hoje mulheres, decorrentes de violência gravíssima. Questionou-se também se este diagnóstico e consequentes internamentos destas mulheres quando crianças e adolescentes não foram convenientemente produzidos para encobrir o abuso sexual de que eram vítimas.

Este indicador se mostrou de grande valor de supervisão da situação de violência e na possibilidade de recorrência na avaliação continuada.

O quarto componente a ser avaliado nas situações de violência na infância e adolescência é a família, nuclear ou extensa na ausência desta ou quando os agressores são os próprios responsáveis. Os indicadores de risco do componente família basicamente dizem respeito à vinculação e lugar de importância que oferecem à vítima, bem como seu entendimento sobre os danos da violência para a criança ou adolescente e suas condições de protegê-los.

A família nuclear quando não agressora, e a família extensa no caso da violência doméstica, tem fundamental importância quanto a possibilidade de evitar a continuidade das agressões e também de promover o tratamento dos sinais e sintomas deixado por ela em suas vítimas. Assim, o tipo de relacionamento existente entre estes deve fazer parte de toda avaliação de uma situação de violência.

Dos indicadores de risco quanto ao relacionamento da família com a vítima, compatível com os outros indicadores que envolvem questões socioculturais, tem-se que em 4,0% dos casos a família extensa apresentava interesse diminuído pela vítima, demonstrando que a incompreensão e ou pouca valorização da filiação veio de seus ascendentes. Do modo como foram criados os pais, sem melhoria da cultura em relação à infância e adolescência e padrão social, tentam criar seus filhos.

Cerca de 10% dos casos eram de famílias com relacionamento distante ou eventual com a vítima. De maior risco, 3, foi identificada a maioria da amostra, com quase metade dos casos, por famílias que demonstravam descaso quanto ao estado geral da vítima, ou ainda rejeição ou indiferença .

A passividade frente ao agressor foi encontrada em parcela importante da amostra. A manutenção de relacionamento distorcido entre genitor (a) e filho, com o desejo de posse da criança para satisfação pessoal, como transtorno de conduta foi diagnóstico secundário em várias situações de violência, bem como o uso de denúncias e da criança como instrumento de maltrato do outro responsável ou cônjuge, caracterizando a Síndrome da Alienação Parental.

A ausência de família extensa se mostrou como de grande risco nos casos de violência por parte de ambos os genitores, embora, em muitos casos, a família existente fosse a matriz da violência.

Assim, ficou evidenciado, logo nas primeiras avaliações, que parte da amostra se tratava de famílias que tentavam encobrir a violência e proteger o agressor, participando ativamente da violência. Foram considerados de risco 3 para este indicador 202 casos, ou mais de oitenta por cento do total, indicando que habitualmente a violência doméstica faz parte da cultura e enxoval perverso de ao menos três gerações.

A pesquisa de antecedentes de violência corroborou com a constatação acima, sendo que em menos de cinco por cento dos casos não foram encontrados indicadores de violência para a família nuclear e ou extensa.

Conflitos interpessoais frequentes e dificuldades de relacionamento não dirigidos diretamente à vítima foram encontrados em um sexto da amostra.

Mas, seu papel de testemunha impotente de atos violentos entre aqueles que deveriam ser o seu espelho para a constituição de sua personalidade deve ser encarada com forma de violência. Nesta vivência pode-se criar na criança a certeza de que assim são os relacionamentos e isto passar a ser parte do seu modo de viver a vida, tanto no tratamento ao outro, como suportá-lo quando do outro para si.

No entanto, a violência familiar aguda e crônica foi evidenciada em mais da metade dos casos estudados, sendo este o mais frequente indicador isolado neste item.

Com denuncia dirigida, mas também demonstrando violência familiar crônica, tem-se o relato de violência familiar contra o agressor em sua infância e adolescência, assumida pela própria família, sendo 10 delas adotivas. Destas, os agressores trouxeram situações de rejeição e submissão a várias formas de privações e agressões, deixando para eles modelos distorcidos e cruéis das funções materna e paterna.

Três quartos da amostra apresentava o grau máximo de risco para este grupo de indicadores.

Na avaliação da possibilidade de proteção à vítima, restou clara a fragilidade e indefensibilidade da vítima, refém absoluta de seus agressores na maioria absoluta dos casos, pois em 207 tiveram os responsáveis diretos, ou seja, pais biológicos, adotivos ou madrastas e padrastos como agressores.

Da família nuclear, o encontro de que os dois genitores são responsáveis por atos agressivos, há que se considerar a necessidade de proteção física e psíquica da vítima. No caso de um deles ser o agressor, a possibilidade de convivência ou impotência do outro responsável deveria ser sempre avaliada e a segurança da vítima acompanhada.

A família extensa muitas vezes é trazida pelos próprios agressores ou meios de proteção legal para assumir a guarda daquela vítima. Como o objetivo da guarda não deveria ser apenas o de teto, roupa e alimento, seria de fundamental importância a avaliação do histórico deste agressor como filho, sob a guarda desta família, hoje extensa para sua prole. Se o comportamento violento está a ser passado de pais para filhos, retroceder à origem seria colocar a criança, ao mínimo, em duplo risco.

O primeiro, para que sofra a cultura e costumes aplicados a seus pais, o segundo, a pagar pelas insatisfações deixadas no narcisismo roto destes avós pelo filho que criaram.

Não é a maior idade ou a posição de avós que dá a segurança da proteção e bem cuidar para seus netos.

Assim, de acordo aos indicadores de risco da família para proteção à vítima, tem-se que, nos casos estudados, menos de seis por cento das famílias extensas apresentaram, nas primeiras avaliações, condições de proteger a criança ou adolescente de nova agressão. Algumas famílias demonstraram possibilidade e vontade de assumir apenas a defesa parcial e temporária da vítima, nas situações extremas ou quando convocada para tal, sem proposta de ações permanentes de proteção.

Na grande maioria dos casos, no entanto, cerca de setenta por cento, as famílias extensas não demonstraram vontade ou ofereceram meios confiáveis de proteção à vítima. Outra parcela ainda evidenciaram interesse distorcido ou perverso na posse da criança, usando de falsas denúncias para obter sua guarda, ou ainda com a participação direta na violência contra a criança ou adolescente.

Do exposto, se configurou como de risco 3 quase noventa por cento das famílias nucleares e extensas, deixando ver a tragédia de vida em que se encontravam estas crianças e adolescentes.

O outro grupo de indicadores em relação à família diz respeito à procura de atendimento para a vítima, tanto médico, como psicoterapêutico e de proteção.

Tanto na situação de violência aguda, como crônica (a quase totalidade dos casos), a reação da família frente à violência e a qualidade da preocupação da família com a saúde física e mental da vítima é fator primordial para se avaliar o que a vítima já recebeu em termos de tratamento e proteção, física, psíquica e legal, ou, ao contrário, a falta de interesse nisto. Demonstra a confiabilidade que se pode ter, ou não, no seu cuidado e em que medidas acontecerão esforços por parte da família em interromper os maus tratos e tratar suas consequências.

Dos casos estudados, tem-se que em somente 12 casos um dos pais ou a família extensa procurou os atendimentos necessários de tratamento, proteção e promoveu as notificações e denúncias necessárias para a justiça.

Como nos indicadores acima, em cerca de dez por cento dos casos as famílias extensas buscaram atendimento apenas nas situações de emergência, muitas vezes provocados pelo medo das consequências sociais e legais dos traumas evidentes, não dando continuidade ao necessário para a vítima, sendo classificadas como de risco 1.

Outras famílias não procuraram o atendimento logo após as agressões, só o fazendo nas situações extremas ou quando intimada pelos meios de proteção a fazê-lo.

De risco 3, foram encontradas mais de metade das famílias, que ou recusaram atendimento para a vítima e ou sua continuidade, ou ainda criaram obstáculos para os encaminhamentos necessários, na tentativa de encobrir o agressor, colocando a vítima em total risco, indefesa frente a violência de seus ascendentes.

Superando a falta de defesa ou o encobrimento do agressor, em outros casos a família provocou ou fabulou sinais e sintomas na criança ou adolescente, exigindo tratamentos e investigações laboratoriais complexas, num processo doentio de maltrato à vítima ou para obtenção de vantagens ou agredir outro responsável.

A maior parcela das vítimas de violência atendidas no Programa HC DEDICA nos anos de 2009 e 2010 apresentavam o risco máximo para o componente família (extensa), justificando os desvios de comportamento dos seus responsáveis.

Naqueles que se configurava a total desqualificação dos genitores para exercer as funções materna e paterna, como também das famílias extensas, foram solicitadas medidas legais de proteção e afastamento da dependência destes núcleos de violência.

Dos dados que levaram à proposição de uma nova apresentação da violência, denominada pela autora como Violência Química, tem-se que, da amostra geral, no período de entrevistas e avaliação do histórico, antecedentes e situação atual da vítima, um novo dado, não constante nos indicadores, mostrou-se como de extrema importância.

Ficou evidenciado o uso frequente e abusivo de psicoativos pelos responsáveis e ou agressores, para controlar, castigar, submeter ou trazer para a criança ou adolescente a culpa de seus comportamentos reacionais às várias formas de violência a que eram exposta, ou ainda, pelo simples fato de existirem.

Em muitos casos, os psicofármacos eram procurados e administrados às crianças como amarras químicas, a minimizar ou anestesiar os sintomas de sofrimento das criança e adolescentes vítimas de violência. Em outros, eram o próprio instrumento de maltrato, a direcionar de forma direta na inibição ou controle do comportamento, o modo de viver e seu valor perante a família e sociedade.

Foram dados que saltaram aos olhos dos avaliadores e do olhar das vítimas, e impeliram para a identificação e nominação de uma nova forma de violência – a Violência Química.

Nas entrevistas iniciais das crianças e adolescentes em situação de risco para violência, encaminhadas ao Programa HC DEDICA, mais de setenta por cento das com idade superior a 4 anos de idade, vítimas de violências graves e gravíssimas, já haviam tomado por mais de uma ano medicação psicoativa.

A busca desta medicação foi feita, na maioria dos casos pelos próprios agressores, ou responsáveis coniventes, em consultas rápidas de avaliação superficial, a grande maioria não especialista para esta faixa etária e patologia, violência, onde esta, mesmo nos casos em que era flagrante, não foi levada em conta como causa dos desvios de comportamento, se existiam.

Em cerca de 8 crianças, esta administração havia começado muito antes dos 4 anos, sendo encontrado dois irmãos, de 5 e 6 anos de idade, admitidos no Hospital de Clínicas em coma por quadro de intoxicação (envenenamento?) medicamentosa, o uso desta - Butirofenona (Haldol®) desde seus dois anos de idade.

Mais da metade das vítimas de violência estavam recebendo anti psicóticos, antidepressivos ou anticonvulsivantes no momento das avaliações e os haviam tomado por mais de metade de suas vidas, apesar de apresentarem exames laboratoriais normais.

Foram encontrados vários tipos de prescrições, a maioria de associações de 2 a 4 psicofármacos, incluindo antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos e ansiolíticos, mesmo apesar da persistência da queixa dos responsáveis, que determinou apenas doses crescentes frente a falta de resultados.

Em grande parte desta população, a situação de violência era conhecida, estando muitos deles em instituições de acolhimento, o que, por si só indicaria a gravidade da violência sofrida e justificaria os sintomas apresentados, não havendo como considerá-los consequentes a doença mental.

Não se poderia esperar destas crianças e adolescentes vitimizados, muitas vezes desde a concepção, atitudes adequadas à sociedade que os desamparou, ou submissas aos que hoje os acolhem sem nenhum atendimento às marcas da violência que trazem dentro de si

No entanto, apenas a medicação havia sido prescrita e mantida, ou mesmo alterada em outras associações e esperava-se que os efeitos das marcas das violências sofridas e, na maioria dos casos, mantidas, pudessem desaparecer.

Não mais castigos, exigência de silêncio ou isolamento daqueles pequenos que incomodam o mundo adulto com suas necessidades, exigências ou reações ao sofrimento – mas sim, amarras químicas aplicadas diretamente no centro do comportamento e do desejo, levando ao apagamento da criança como sujeito e a imensos prejuízos a seu desenvolvimento físico, intelectual e emocional..

Esta constatação leva a crer que em algumas parcelas da população, teoricamente com mais acesso a informações, nem sempre adequadas para a infância, os castigos corporais já não desfrutam do prestígio que tinham, e cederam lugar para aos psicofármacos, tanto da parte dos agressores como meio de controle e submissão, como por parte de muitos profissionais das instituições de acolhimento, ensino e saúde.

5.3 CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE ENCONTRADA PELO DIAGNÓSTICO DA EQUIPE INTERDICPLINAR

Pela equipe interdisciplinar , 72 casos foram considerados como situações graves de violência, entre eles, situações de negligência como injúria principal, mas com sérias repercussões físicas e psicológicas, como deficiências nutricionais ou metabólicas severas, ou obesidade, aumento de incidência de doenças agudas ou má evolução das crônicas, com sinais de distúrbios de comportamento que dificultavam a socialização da criança ou adolescente.

Outros casos classificados como graves se deveram a trauma físico intencional que levou a necessidade de acompanhamento ambulatorial, ou que indicavam sinais de espancamento, com o consequente dano psicológico.

Também fizeram parte desta classificação situações de violência sexual grave, cometida por estranhos ou pessoas próximas á vítima, mas sem convivência dos responsáveis, todos com sinais de alteração psíquica associada, especialmente pela falta de tratamento e acompanhamento adequado da vítima e responsáveis.

Houveram casos identificados pela equipe como de falsa denúncia, que se constitui em violência sexual e psicológica grave, visto todo processo de avaliação e investigação diagnóstica decorrente dela, bem como pela necessidade da vítima em manter a estória criada pelo responsável.

Um pequeno número de situações de violência psicológica isolada foi encontrado pelos profissionais do Programa.

Tiveram diagnóstico de situação de Violência Gravíssima, 158 crianças e adolescentes, e 14, de risco de morte.

Foram encontradas situações de formas associadas de violência física, psicológica, sexual e negligencia em cerca de um quarto da amostra estudada, com vítimas muito comprometidas em seu estado geral físico e psíquico. Foram situações de violência doméstica, com os pais ou quem ocupava seu lugar como agressores.

Outra parcela da amostra classificada como de situação de violência gravíssima eram devidas a violência física e psicológica.

Em 7 casos foi feito o diagnóstico de Síndrome de Munchausen por Procuração, com quadros de intoxicações medicamentosas, envenenamentos, simulação de sintomas neurológicos, psiquiátricos e gastrointestinais, três deles em risco de morte. Outras associações foram diagnosticadas como negligência gravíssima, com suas repercussões físicas e psicológicas.

O risco de morte foi diagnosticado em 14 vítimas, entre elas 5 lactentes com a Síndrome da Criança Sacudida, um que chegou ao Hospital em parada cardiorrespiratória, dois em coma e dois para investigação de irritabilidade, mas, ao exame, fraturas múltiplas, recentes e antigas, hemorragia em sistema nervoso central e hemorragia de retina.

5.3 DISCUSSÃO DO ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS INDICADORES DE RISCO E O DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE GRAVIDADE DA VIOLENCIA PELO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO POR SISTEMA DE PONTUAÇÃO

Houve concordância entre os dois casos considerados como Ausência de Sinais de Violência e Situação de Violência Leve entre os dois métodos.

Dos classificados como Situação de Violência Grave, houve vinte e um casos a mais nesta classificação pelo método (93), que foram entendidos como gravíssimos pela equipe.

Levando em conta que o método foi aplicado nas avaliações iniciais de cada situação de violência e o diagnóstico final da equipe se dava após, ao mínimo, três meses de acompanhamento, situações diversas aconteceram que justificam o agravamento da classificação.

Foram desdobramentos que se seguiram como troca de guarda, dificuldades do responsável agressor de adesão ao tratamento, abandono da vítima por um dos responsáveis, novo episódio de agressão e outros, que justificam o diagnóstico de gravíssimo da equipe.

Para as classificações de Situações de Violência Gravíssima, existiu uma diferença entre os 158 casos pelo diagnóstico da equipe, em face de 120 pelo método.

A diferença a menor para Método, 23 casos foram justificados no parágrafo anterior.

Ademais, pelo Método foram diagnosticadas 31 crianças e adolescentes em Risco de Morte, para 14 diagnosticados pela equipe. Na soma destes dados tem-se 172 casos gravíssimos e com risco de morte pela equipe e 151 pelo método.

O maior número de casos identificados como em risco de morte para o método é de simples explicação, pois esta era a situação inicial na admissão pelo Programa HC DEDICA.

Frente ao risco evidenciado pelo Método, medidas de proteção foram tomadas e a situação de risco se modificou, tanto pelas medidas de proteção tomadas como também pelo acompanhamento psicoterapêutico ao longo do processo de avaliação pela equipe.

Foi desenvolvida análise isolada de cada indicador de risco em respeito à sua frequência nos casos estudados, para verificar seu valor preditivo da gravidade da violência e sua importância para o Método.

No entanto, o estudo propõem a aplicação de vários indicadores gerais e específicos para as diversas formas de apresentação da violência na infância e adolescência, e a média do conjunto de resultados obtidos é que dará o resultado final para classificação da gravidade.

Este é um aspecto fundamental do Método, de que se avalie uma situação de violência contra crianças e adolescentes não apenas pela situação momentânea da vítima, ou por um achado de histórico ou ainda pela lesão ou sintoma atual visível.

A violência na infância e adolescência pode se apresentar nas formas mais estranhas e veladas, sendo necessário um comprometimento do profissional que se proponha a avaliar a situação de forma a buscar o maior número de dados possíveis sobre as condições de vida própria e relacional que acompanham a vítima e sustentam o mau trato.

Os indicadores de risco para a vítima tem por objeto uma avaliação de seu estado atual, de seus antecedentes de violência, do lugar que ocupa entre seus responsáveis e agressor, bem como a existência de sequelas pelo que é exposta.

Assim, dos indicadores pesquisados, quando analisados de forma isolada, observou-se taxas elevadas de acerto do Método de Classificação de Gravidade, superiores a oitenta por cento na maioria deles, em comparação com o diagnóstico da equipe multidisciplinar em todos os seus componentes, exceto no indicador desenvolvimento psicomotor.

Esta variável já havia se mostrado como de difícil obtenção, pois em casos de rejeição ou indiferença pela criança ou adolescentes, comum em situações de violência grave ou gravíssima, o atraso é esperado, mas, na maioria das vezes, não percebido pelos responsáveis ou mesmo apresentado como mais um problema constitucional do filho sem valor (Tabela 39).

Dos indicadores de risco para o componente Agressão, observou-se taxas elevadas de acerto do método de classificação de gravidade em comparação com o diagnóstico da equipe multidisciplinar nos indicadores negligência e violência psicológica, pois são tipos de violência presentes na maioria dos casos.

Os menores valores de acerto observados nas características da agressão física e sexual devem estar associados à especificidade do tipo de violência em relação ao total de casos (Tabela 40).

Como correspondem a faixas da amostra pesquisada, devem ser classificados de forma também isolada, sendo proposto no Método que seja levado em conta a maior pontuação de risco encontrada.

Como exemplo, no caso de abuso físico de nível de risco 3, como nos espancamentos, ou Síndrome da Criança Sacudida, haveria a associação da violência psicológica também de risco 3, mas não da sexual, nem necessariamente da negligência, ou exploração para o trabalho, que seriam de risco 0.

Na média, teríamos um risco 1, quando na verdade, trata-se de situação gravíssima, com risco de morte caso os outros componentes da situação de violência também sejam de risco 3.

Assim, para o componente agressão, deve ser considerado o indicador de maior pontuação encontrado.

Na avaliação dos indicadores de risco do agressor, analisados de forma isolada, observou-se taxas elevadas de acerto do método de classificação de gravidade em comparação com o diagnóstico da equipe

multidisciplinar em todos os seus componentes, exceto no indicador vícios de drogadição (Tabela 41).

Nos indicadores que avaliam o comportamento, relacionamento e vínculo com a vítima, foram encontrados índices de acerto superiores a noventa por cento.

A variável de antecedentes de violência também se mostrou de relevância, embora, muitos dos antecedentes de violência sofridos pelo agressor possam não estar presentes em sua memória consciente, ou mesmo serem minimizados por ele, o que, em parte o leva a repetir a violência com sua prole, sem que se dê conta dos danos que causa.

No entanto, o indicador sobre uso de álcool e outras drogas apresentou dificuldade de acerto, já identificado no momento da coleta do dado.

Muitos agressores encobrem seus vícios, ou mesmo não o consideram como tal e, é fato comum que os cônjuges e família extensa também acabem por encobrir seus erros.

Na avaliação dos indicadores de risco da família, também analisados inicialmente de forma isolada, observou-se taxas elevadas de acerto do método de classificação de gravidade em comparação com o diagnóstico da equipe multidisciplinar em todos os seus componentes (Tabela 42).

Os indicadores de risco referentes a qualidade de relacionamento que a família mantém com a vítima, posicionamento quanto à situação de violência e possibilidade de proteção tiveram índices de acerto superiores a noventa por cento.

Quanto à procura de tratamento e medidas de proteção também foi obtido muito bom índice de acerto, acreditando-se que seja um pouco inferior pelo mascaramento de muitas famílias de sua participação na violência e, portanto, sem que tenham intenção na denúncia do mau trato ou mesmo no tratamento da vítima.

Verifica-se a mesma observação quanto aos antecedentes de violência, pois como praticantes dela ou mesmo matrizes da agressividade do agressor, as famílias nucleares e extensas tendem a esconder ou mesmo não reconhecer suas histórias de agressão e desrespeito ao outro, especialmente se contra dependentes seus.

5.4 COMPARAÇÃO FINAL DO MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE DA VIOLENCIA PELO MÉTODO PROPOSTO E PELA AVALIAÇÃO TRADICIONAL INTERDISCIPLINAR

Dos 246 casos avaliados, pelo diagnóstico da equipe interdisciplinar, houve concordância no diagnóstico do caso encontrado como sem sinais de violência e o caso considerado de Situação de Violência Leve.

Quanto aos classificados como Situação de Violência Grave, foram encontrados pelo Método 93 casos, 21 a mais do diagnóstico pela equipe interdisciplinar, que os considerou como gravíssimos.

A razão da diferença se deve, provavelmente, ao fato de que nos desdobramentos que se seguiram pelo acompanhamento de cerca de três meses da vítima, agressor e responsáveis, novas situações foram evidenciadas, ou não se conseguiu conter a progressão da situação de violência.

Alguns dos fatores identificados na sequência do atendimento foram a dificuldade do responsável agressor de adesão ao tratamento, a irregularidade de presença da vítima às sessões de psicoterapia, o abandono da vítima por um dos responsáveis durante o atendimento, ou a ocorrência de novo episódio de agressão, entre outros, que justificam o diagnóstico posterior de caso gravíssimo da equipe.

Este dado fala a favor de novas avaliações pelo Método durante o acompanhamento psicoterapêutico ou psicanalítico, para que se possa desencadear medidas de proteção de maior intensidade, se for diagnosticado um agravamento da situação de violência.

Para as classificações de Situações de Violência gravíssima, existiu uma diferença significativa, de 158 casos pelo diagnóstico da equipe, em face de 120 pelo Método (Tabela 44). No entanto, neste último foram diagnosticadas 31 crianças e adolescentes em Risco de Morte, para 14 diagnosticados pela equipe. Na soma destes dados tem-se 172 casos gravíssimos e com risco de morte pela equipe e 151 pelo Método.

O maior número de casos identificados como em risco de morte para o Método mostra uma proteção maior da vítima, que pode evoluir para a morte, caso não tenha diagnóstico ou mesmo este seja minimizado.

Houve grau de acerto de 100% dos casos classificados como ausentes ou leves.

Analisando apenas os casos graves e gravíssimos somados aos de risco de morte entre as duas avaliações, obteve-se um coeficiente de concordância de 0,70.

O Método de Classificação apresentou, para esta comparação, elevado índice de sensibilidade, especificidade e acurácia. A elevada razão de verossimilhança positiva (64,1) indica que um caso estabelecido como gravíssimo ou de risco de morte pelo método de classificação tem maior probabilidade de ser um verdadeiro positivo do que falso positivo (Tabela 45).

O índice de erro encontrado no estudo comparativo entre o diagnóstico obtido pelo Método de Classificação da Gravidade da Situação de Violência e o da avaliação evolutiva da equipe interdisciplinar do Programa HC DEDICA foi de 8,6%, indicando alta confiabilidade para o Método.

Há que se observar que os casos de violência contra crianças e adolescentes costumam ser extremamente complexos. Qualquer profissional que se proponha a avaliá-los e buscar um diagnóstico seguro precisa ter uma capacitação prévia sobre a natureza, apresentação e tipos deste agravo.

6 CONCLUSÕES

1. O *Método para Classificação da Gravidade das Situações de Violência contra Crianças e Adolescentes* proposto é um instrumento de triagem assim também como de diagnóstico do tipo e da gravidade das situações de violência na infância e adolescência, com elevados índices de acurácia, sensibilidade e especificidade.

2. Nem todos os casos de violência grave, até mesmo a física ou sexual, apresentavam lesões importantes aparentes no momento da avaliação, indicando a necessidade de se levar em conta não apenas a agressão em si, mas os quatro componentes que constituem uma situação de violência na infância e adolescência. Os principais componentes identificados para avaliação da gravidade da situação de violência contra crianças e adolescentes foram: a vítima, o agressor, a agressão e a família.

3. Os indicadores de risco (Anexo 3) definidos nesta tese são instrumentos fundamentais para a classificação da gravidade da violência contra crianças e adolescentes. Pela dificuldade de obtenção do dado e pelo índice de erro o indicador referente ao desenvolvimento psicomotor da vítima e de uso de álcool ou outras drogas pelo agressor deverão ser reavaliados.

4. Violência doméstica crônica caracterizou a maioria dos casos, exceto em cinco onde o agressor era estranho à vítima e família. Os pais foram identificados como os agressores mais frequentes e perversos, não dependendo esta violência de raça, escolaridade ou condição social.

5- Foram registrados casos de violência em todas as idades, inclusive situações de risco de morte em crianças abaixo de um ano, até mesmo no primeiro mês de vida. Em mais da metade dos casos a violência se iniciou na gravidez, com a rejeição materna, abandono do genitor ou mesmo tentativas de abortamento. Quase metade dos casos foram de crianças abaixo de nove anos, totalmente indefesas e dependentes de seus pais e agressores. Houve predomínio de vítimas de raça branca, com nível de escolaridade dos pais e renda per capita semelhante ao perfil da população do Estado do Paraná,

indicando que a violência contra criança e adolescentes, não depende diretamente da raça, cultura, nem padrão social dos pais ou responsáveis .

6- Todas as vítimas avaliadas apresentavam sinais e sintomas de ansiedade, angustias ou de doenças psicossomáticas, consequentes à violência psíquica primária ou secundária às outras apresentações da violência. Muitos destes sintomas se referiam a dificuldades de relacionamento familiar, social e consigo mesmo, levando a agressividade ou apatia, problemas ou fracasso no aprendizado, comportamento hiperativo, disfunções orgânicas e atitudes de auto-agressão, chegando a tentativas de suicídio, mesmo em crianças de 9 a 10 anos de idade.

7- A grande maioria das crianças e adolescentes avaliados estava recebendo ou já havia recebido por mais de metade de suas vidas, medicação psicoativa para seus sintomas de sofrimento ou manifestações orgânicas da violência, caracterizando uma nova forma de amarras ou castigos, a violência química.

8- A disponibilização do Método de Classificação dos Níveis de Gravidade da Violência contra Crianças e Adolescentes para profissionais com conhecimento prévio sobre as apresentações da violência nesta faixa etária, permitirá um diagnóstico seguro da situação, por meios objetivos e uniformes. Consequentemente, possibilitará a definição das necessidades de tratamento e de acompanhamento à vítima e responsáveis, como também dos critérios de urgência e emergência, além da promoção de medidas adequadas de proteção e de determinações legais.

REFERÊNCIAS

Algranti LM. Vozes dissonantes no século XVIII e a prática colonial. Educação feminina. Universidade Estadual de Campinas. ANPUH. 1996,pg.5.

Àries, P. História Social da Infância e da família. (D. Flaksman, Trad.): Zahar. Rio de Janeiro. 1973; 23.

Àries, P. História Social da Infância e da família. (D. Flaksman, Trad.): Zahar. Rio de Janeiro. 1973; 38.

Assis SG. O percurso da violência na sociedade ocidental: infância e saúde. Horizontes 1999;17:11–77.

Azevedo MA. Pesquisando a violência domestica contra crianças e adolescentes: a ponta do *iceberg*. Brasil 1996 a 2006. São Paulo: USP/IP/Lacri. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/index2.htm>. Acessado em 30/11/2011.

Badinter, E. L'Amour en plus : histoire de l'amour maternel (XVIII^e au XX^e siècle), Paris. 1980 (réimpr. 2010).

Barkow J. Cosmides L. Tooby J. The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and The Generation of Culture. Oxford University Press. NY.1992; 5-9.

Barry F, Collins P. Difusion e historia del abuso y el descuido del niño. In: Garbarino J, Eckenrode J, editores. Por qué las familias abusan de sus hijos. 1^a ed. Espanha: Granica; 1999, 45-83.

Bennett DS, Wolan M, Lewis S, Lewis M. Young Children's Adjustment as a Function of Maltreatment, Shame, and Anger.Drexel University College of Medicine. Child Maltreat 2005; 10(4): 311–323.

Bepeli. Mitologia greco romana.

http://www.bepeli.com.br/g/mitologia_grega.html. Acesso em 06 nov 2011.

Borges JL. Abuso Sexual Infantil: Consequências Cognitivas e Emocionais.[Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 2003, 22-3.

Brasil. Artigo 136, Código Penal Brasileiro, Decreto 2848/1940. <<<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/anotada/2342003/art-136-do-codigo-penal-decreto-lei-2848-40>>>. Acesso em 09 nov 2011.

Brasil. Artigo 227, Constituição Federal: 1988. Disponível em <<<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1027016/constituicao-da-republica-federativa-do-brasil-1988#art227>>>. Acesso em: 04 out 2011.

Brasil. Dados populacionais da Região Sul do Brasil e do Estado do Paraná. IBGE: 2008. <<<http://www.ibge.gov.br/home/>>>. Acesso em 09 nov 2011.

Brasil. Lei nº 8069 de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *www.jusbrasil.com.br/.../art-13-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-...*

Brasil. Lei nº 8069 de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *www.jusbrasil.com.br/.../art-1245-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-...*

Brasil. Lesões corporais. Capítulo II, Artigo 129. Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf art. 129. Acesso em 07/11/nov 2011.

Brasil. Portaria nº 1.968/GM/Ministério da Saúde. Brasília, 2001 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html, acessado em 30/05/2011

Brasil. Ministério da Saúde (et Pfeiffer). Formas de Violência. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Ministério da Saúde, Brasília - DF: 2010, 35-43.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica para Acidentes e Violência. Documento básico. Preparado pelo Comitê Técnico Científico para o Grupo de Trabalho Acidentes e Violência e Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência. Brasília(DF); 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Trata da responsabilidade do Gestor Municipal na redução da morbimortalidade. Diário Oficial da União; 2001 maio 18.

Brasil: Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm.
 Acesso em 06/11/ 2011.

Brasil. Portaria nº 104/GM. Ministério da Saúde. Brasília. 2011. Portaria nº 104/GM do Ministério da Saúde
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html,
 acesso em 30/05/2013

Briere J, Runtz M. Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. Child Abuse and Neglect. 1988; 12, 331-341.

Brisset, C. Um Mundo que Devora as suas Crianças. Campo de Letras. Porto, Portugal. 1997.

Butchart A, Harvey AP et al. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Toronto, Canada, 2006.

Caffey, J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. AJR 1946; 56: 163-173.

Canha J. Criança Maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos (2ª ed.). Quarteto Editora. Coimbra; 2003.

Cantu C. Da Grandeza e da Decadência de Atenas: História Universal. Editora das Américas. São Paulo: 1956; Vol. II: 375-8.

Cardon L, Pfeiffer L. Consequência dos traumas na Infância e Adolescência. In: Crianças e Adolescentes Seguros – Um Livro para Pais. Sociedade Brasileira de Pediatria. Publifolha. São Paulo: 2005; 292.

Cardon L. Crianças e adolescentes com atitudes de risco: a prevenção do suicídio: Crianças e Adolescentes Seguros. SBP. Ed. Publifolha. São Paulo: 2005; 269-277.

Carvalho, E.M.G. Educação infantil: percurso, dilemas e perspectivas. Editus. Ilhéus, BA: 2003; 47.

Centro de Epidemiologia da SMS Curitiba. Relatórios sobre as notificações de violência na infância e adolescência. Curitiba. 2003, 2004.

CERAP. The assessment and management of risk in child welfare services. Illinois Child Endargmento Risk Assessment Protocol. Disponível em <http://www.childwelfare.com/kids/cysr23/cysr2301.htm>.

Chalmel L. Representações da Infância na Iconografia Pedagógica dos Séculos XVII e XVIII. Educ. Soc. Campinas, abril 2004. Vol. 25, n. 86, p. 57-74.

Costa R. A Educação Infantil na Idade Média. <http://www.ricardocosta.com>. Acessado em 07/11/2011.

DATASUS. BRASIL. Sistema de Vigilância a Violência e Acidentes. Ministério da Saúde, Brasília. DF:2008. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2008/Com_D14.pdf. Acessado em 07/11/2011.

DeMause L. Evolução da Infância. In Lloyd deMause: *Ouvir as crianças chorarem: uma história psico-genética da infância*. Suhrkamp. 6ª Edição. Frankfurt am Main: 1989, 12-111.

Dirani M, Fonseca N, Dirani CC. Maus tratos na infância: análise de 122 casos. Rev Méd St Casa. 1989; 1(1):84-8.

DSM IV TR. 8- American Psychiatric Association. Diagnosis and Statistical manual of Mental Disorders. 4 th. Ed. Text ver. Washingtonm DC: American Pxychiatric Association, 2000.

Dutton DG, Kropp RP. A Review of Domestic Violence Risk Instruments. Trauma, Violence and Abuse 2000;1(2):171-181.

Felitti VJ et al., “Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study”, American Journal of Preventive Medicine, vol. 14: 1998; 245–258.

Ferrari DC. Visão Histórica da Infância e a Questão da Violência .O Fim do Silêncio na Violência Familiar: Teoria e Prática. São Paulo: Editora Agora. 2002; 46-9.

Ferreira T. Histórias de Crianças e Infâncias. Universidade Federal de Pelotas. RGS. Em: [HTTP://http://iamachild.wordpress.com](http://http://iamachild.wordpress.com). Acessado em 30/05/2010.

Finkelhor D. “The international epidemiology of child sexual abuse”, Child Abuse & Neglect. vol. 18, No. 5 (2005), pp. 409–417.

Forlin E, Pfeiffer L. Maus tratos na infância e adolescência. Programa de Atualização Continuada-PROATO. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora LTDA: 2004, 130-149.

Freud S. Inibição, Sintoma e Angústia. AE Tomo XX, Buenos Aires, 1979.2. edição, 8. Reimpressão, Amorrutu Editores, 2004. Capítulo 10, p145-7.

Gambrill E, Shlonsky A. Assessing Risk in Child Maltreatment Guest Editors, Illinois. EUA. 2009;Vol. 22:11-12.

Genesis 22.1.18: O Sacrifício de Isaque. Antigo Testamento. Bíblia. <http://www.prazerdapalavra.com.br>. Acessado em 15 out 2011.

Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2001:77-88.

Jeremy FM, Kroner DG, Morgan RD. Clinician's Guide to Violence Risk Assessment. The Guilford Press. New York, NY. 2011: 1-3.

Jonathan WH. Biology is psychiatry's new dawn. The British Journal of Psychiatry 2008; 192: 70-71.

Kaplan e Sadock. Outros transtornos da Infancia e adolescencia. Compendio de Psiquiatria. Artmed. São Paulo; 2007, 1347.

Kaplan H, Sadock B. Problemas relacionados ao abuso e negligência. In: Compendio de Psiquiatria. Porto Alegre: 9. Edição. Artmed Editores; 2007: 940.

Kaplan e Sadock. Transtornos de Comportamento Disruptivo. Compendio de Psiquiatria. Artmed. São Paulo; 2007, 1315.

Kempe C, Silverman E et al: The battered child syndrome. JAMA 1962; 181:105-112.

Kleinman P. Diagnostic Imaging of Child Abuse. (1994) The Syllabus. Society of Pediatric Radiology 1994; 135-139.

Kropp PR, Gibas A. The Spousal Assault Risk Assessment of British Columbia Institute On Family Violence: Handbook of violence risk assessment. Taylor & Francis. New York, NY:2010: 227-30.

Lebrun: "25 ans d'études démographiques sur la France d'Ancien Regime. Bilans et perspectives", Historiem et Géographes. France. 1976; 79.

Malik A. Emergency Medicine Clinics of North America. USA. 1999; 17(3):575-593.

Minayo MCS. Violência contra criança e adolescentes: questão social, questão de saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2001;1(2):91-102.

Niskier R. Prevenção da violência contra crianças e adolescentes: do conceito ao atendimento. Revista Residência Pediátrica. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo. Vol. 2 nº 1 - Jan. / Abr. de 2012; 12.

NSCAW, National Survey of Child and Adolescent Well-Being (NSCAW)), EUA. <http://www.cfrc.illinois.edu/ISCAW.php>; acessado em 21/11/2011.

Oliveira VL, Pfeiffer L et al. Redes de Proteção : Violência faz Mal à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde. 2004: 143-151.

Oliveira VL, Pfeiffer L et al. Relatórios da Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência. Serviço de epidemiologia da SMS de Curitiba.2003, 2004.(mimeo).

OIT - Organização Internacional Para O Trabalho. Exploração sexual na Tríplice Fronteira. Curitiba, OIT, 2005.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. Geneva, World Health Organization. 2005.

OMS - Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS, Washington, D.C., 2002.

ONU – Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Genebra. 1948 .

<http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/pb/dhparaiba/1/2guerra.html>.

Acessado em 02/06/2011.

ONU – Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos das Crianças. Genebra. 1959.

http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm. Acessado em

02/06/2011.

Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. JPediatr 2001;77(1):35-40.

Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA et al. World report on child injury prevention. World Health Organization 2008; 5-7.

Pignarre PH. Le Grand Secret de L'Industrie Pharmaceutique. Paris: La Découvert; 2004.

Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência . J Pediatr 2005;81(5):S197-204.

Pfeiffer L. Desvinculação pais e filhos e maus-tratos. Violência, Paixão e Discursos: O Averso do Silêncio. Porto Alegre: Editora CMC, 2008, 65-90.

Pfeiffer L. Epidemiologia dos Maus tratos na infância e adolescência. Manual Segurança da criança e do adolescente sociedade Brasileira de Pediatria. Nestlé 2004:202.

Pfeiffer L. Formas de Violência. Manual de Segurança da Criança e do Adolescente, Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: 2004, 196-9.

Pfeiffer, Hirschheimer, Negligência ou Omissão do Cuidar. Manual de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. Conselho Federal de Medicina. Brasília. 2011; 41.

Pfeiffer, Hirschheimer, Negligência ou Omissão do Cuidar. Manual de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. Conselho Federal de Medicina. Brasília. 2011; 47.

Pfeiffer L. Perfil Epidemiológico da Violência contra Crianças e Adolescentes na cidade de Curitiba. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

Pfeiffer L, Ribeiro C, Pereira L et al. Manual da Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência de Curitiba. Curitiba, PR. [mimeo]: 2000.

Pfeiffer L, Cardon L. O estresse pós traumático. Crianças Seguras, SBP. Ed. Publifolha. São Paulo; 2005: 290-296.

Piedrahita, M. V. (2004). El "descubrimiento" de la infancia (I): historia de un sentimiento. Revista Electrónica de Educación y Psicología. Colombia. 1(1), 1-11. revistas.utp.edu.co/index.php/repes/article/.../2583

Pincever K. et al. Maltrato Infantil: el abordage inovador del Programa leladeinu. Editorial Hvmanitas y Distribuidora Lumen. Argentina, 2008: 29 - 30.

Psycentral. Quic Keyword Ranking Analysis for free online add test for teenagers. <http://blogs.psychcentral.com/humor/psychological-tests-and-quizzes/>

Radville, SX. A history of child abuse and infanticide, in Steinmetz, Suzanne K. and Murray A. Strauss, Violence in the Family. NY: Dodd, Mead & Co.1974; 173–179.

Richards L. Assessment Risk of Domestic Violence. Racial and Violent Crime Task Force. Metropolitan Police Services. Londres, 2003: 3-8.

Sanvito VL. Indústria Farmaceutica: uma abordagem clinica. Julho/agosto 2012, 348

Santorio MJ. Maus tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. Pediatr Mod 2002; 6(38):279-83.

Scodelario A. A Família Abusiva: O Fim do Silêncio na Violência Familiar: Teoria e Prática. São Paulo: Editora Agora. 2002; 95-7.

Silvermann FN. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. Amer. J Roentg The. Nucí Med 1953; 69: 413.

SMS Curitiba. Relatórios do Programa Rede de Proteção a Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: Banco de Dados – Epidemiologia. Curitiba. 2003-2005.

Sociedade Brasileira de Pediatria, Centro Latinoamericano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Guia de Atuação Frente a Maus-tratos na Infância e Adolescência. Ministério da Justiça. Brasília. 2005; 5-12.

Souza A. Perseguição de Herodes a Jesus. <http://www.bibliapage.com/herodes.html>. Acessado em 07 nov 2011.

Steward C. Psychological Tests and Quizzes. Psychcentral. 2012. Acessado em <http://psychcentral.com/quizzes/adultaddquiz.htm>; 02/06/13.

Telles PV et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Rev Psiquiatr 2003; 25 (1): 54-59.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families. *Child Maltreatment 2008* [Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2010]. <<http://www.acf.hhs.gov>>. Acesso em 06 nov 2011.

Vincent J. Fontana MD., Donovan D, Raymond J, Wong MH. The Maltreatment Syndrome in Children. N Engl J Med 1963; 269:1389-1394.

ANEXOS

ANEXO 1 - PORTARIA n.º 104/GM, MINISTÉRIO DA SAÚDE - 25 de jan. de 2011

Nº 18, quarta-feira, 26 de janeiro de 2011 ISSN 1677-7042 37

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00012011012600037

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011

Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando os parágrafos 2º e 3º do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando o inciso I do art. 8º do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional 2005, aprovado na 58ª Assembleia Geral, da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005; Ministério da Saúde

38 ISSN 1677-7042 Nº 18, quarta-feira, 26 de janeiro de 2011

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00012011012600038

Documento assinado digitalmente conforme MP no- 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

1

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada

pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada.

Art. 6º Adotar, na forma do Anexo III a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS).

Parágrafo único. As doenças e eventos constantes no Anexo III a esta Portaria devem ser registrados no Sinan, obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 8º A definição de caso para cada doença, agravo e evento relacionados nos Anexos a esta Portaria, obedecerão à padronização definida no Guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS.

Art. 9º É vedado aos gestores estaduais e municipais do SUS a exclusão de doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos a esta Portaria.

Art. 10. É facultada a elaboração de listas estaduais ou municipais de Notificação Compulsória, no âmbito de sua competência e de acordo com perfil epidemiológico local.

Art. 11. As normas complementares relativas às doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e demais disposições contidas nesta Portaria serão publicadas por ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. As normas de vigilância das doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos I, II e III serão regulamentadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogada a Portaria nº 2.472/GM/MS de 31 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 168, Seção 1, págs. 50 e 51, de 1º de setembro de 2010. ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

Lista de Notificação Compulsória - LNC

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;


..

..

..

45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

**ANEXO 2 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA REDE DE PROTEÇÃO
ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RISCO
PARA VIOLÊNCIA DE CURITIBA**

 PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA	Unidade Notificadora
---	----------------------

DADOS PESSOAIS

(FAVOR PREENCHER PREFERENCIALMENTE EM LETRA DE FORMA)

1 - Nome: _____

2 - Data Nascimento: ____/____/____ 3 - Idade: _____ 4 - Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

5 - Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorado 6 - Gestante: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não observado

7 - Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ Educação Infantil ☐ Ensino Fundamental _____ série ☐ Ensino Médio ☐ Ensino Especial ☐ Fora da Escola

8 - Está na escola/ creche atualmente? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

9 - Nome da Mãe: _____

10 - Nome do Pai: _____

11 - Responsável: _____ 12 - Grau de parentesco e afinidade: _____

13 - Acompanhante: _____ 14 - Grau de parentesco e afinidade: _____

15 - Endereço: _____ 16 - Ponto de Referência: _____

17 - Bairro: _____ 18 - Regional: ☐ ☐ 19 - Município: _____ 20 - Telefone da Vítima: _____

DADOS DA OCORRÊNCIA

21 - Descrição da Ocorrência (anexar relatório, se necessário) 22 - Data Ocorrência: ____/____/____ 23 - Data Avaliação: ____/____/____

24 - Violência: ☐ Suspeita ☐ Confirmada 25 - Frequência: ☐ Crônica ☐ Primeira vez ☐ Eventual ☐ Ignorado

26 - Portador de Necessidade Especial: ☐ Física ☐ Mental ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Outras deficiências/Qual? _____

27 - Natureza da Violência: ☐ 1 - Física ☐ 2 - Sexual ☐ 3 - Psicológica ☐ 4 - Negligência ☐ 5 - Abandono

Se negligência, de: ☐ Proteção ☐ Saúde ☐ Educação ☐ Estrutural ☐ Outro, qual? _____

28 - Tipo de Violência: ☐ Doméstica (Intrafamiliar) ☐ Extrafamiliar ☐ Auto-agressão ☐ Violência Fetal ☐ Ignorado

29 - Local da Ocorrência: Qual? _____

30 - Lesão Aparente: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

31 - Tipo de Lesão/Parte do Corpo:

	Cabeça	Pescoco	Tórax	Abdomen	Dorso	Reg. Genital	Nádegas	Memb. Sup.	Memb. Inf.	Outro
Corse										
Hematomas										
Fraturas										
Queimaduras										

Outros tipos de lesão: _____

DADOS DO AUTOR DA AGRESSÃO

32 - Relação Agresor/Vítima

Nome: _____ Idade: _____

☐ Desconhecido ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Cônjuge/Companheiro ☐ Padrasto ☐ Madrasta ☐ Irmão/Irmã ☐ Própria Vítima

☐ Funcionário Instituição ☐ Colega Instituição ☐ Outro, qual? _____

☐ Dependente Álcool/Outra Droga: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado ☐ Outro, qual? _____

Nome: _____ Idade: _____

☐ Desconhecido ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Cônjuge/Companheiro ☐ Padrasto ☐ Madrasta ☐ Irmão/Irmã ☐ Própria Vítima

☐ Funcionário Instituição ☐ Colega Instituição ☐ Outro, qual? _____

☐ Dependente Álcool/Outra Droga: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado ☐ Outro, qual? _____

GRAVIDADE DO CASO

33 - Grau: ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave Para preenchimento do campo 33, considere A vítima + a família + o agressor

PROCEDIMENTOS

34 - Procedimentos adotados: _____

35 - Solicitação de Atendimento Emergencial: ☐ CT ☐ SAV/SOS

36 - Ponto de contato: ____/____/____

**ANEXO 3 : MÉTODO PARA CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE PARA A
VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
INDICADORES E TABELAS DO MÉTODO DE
CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE DOS MAUS
TRATOS – SISTEMA DE PONTUAÇÃO**

VITIMA

ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DA VÍTIMA	ESTADO GERAL DA VÍTIMA	VINCULAÇÃO DA VITIMA COM OS PAIS OU RESPONSÁVEIS
RISCO 0	RISCO 0	RISCO 0
Ausentes	Bom estado geral, físico e emocional	Boa, sem alterações do relacionamento
RISCO 1	RISCO 1	RISCO 1
Relato da gravidez ou parto como situações difíceis ou desagradáveis	Bom estado geral, mas com sinais de negligência, alterações físicas e ou psíquicas leves	Vínculo diminuído em relação a um dos responsáveis, não pela vítima
Despreparo dos pais para a função materna e paterna		
Mãe adolescente, sem apoio familiar e ou do pai da criança		
Morte de um dos responsáveis		
RISCO 2	RISCO 2	RISCO 2
Gravidez de risco, não aceita, ou descrita como de grandes dificuldades	Estado geral regular, com alterações psíquicas atuais	Diminuídos atualmente em relação aos dois responsáveis
Gravidez que levou a casamento não desejado	Estado geral regular, com sinais de negligência prejudicando o desenvolvimento físico e ou emocional	Diminuídos, com alterações crônicas com um dos responsáveis
Mãe com doença crônica com risco de morte	Estado geral regular com alterações físicas atuais	Diminuídos em relação a um dos responsáveis por alienação parental
Pais adolescentes		Ausência de formação ou perda de vínculos
Adoção irregular, sem preparo ou avaliação prévia		Fragilizados desde a gravidez
Filho diferente das expectativas de aparência, vitalidade ou sexo		
Portadores de doenças crônicas ou deficiências, com dependência parcial dos responsáveis		
Abandono de mãe		
Abandono do pai		
Rejeição familiar		
RISCO 3	RISCO 3	RISCO 3
Abandono dos responsáveis	Mau estado geral por alterações físicas e psíquicas atuais e sequelares	Vínculos distorcidos, sadomasoquista ou perverso
Gravidez e ou parto descritos como de sofrimento	Mau estado geral por com alterações físicas, psíquicas e sexuais	Demonstrações de sentimentos de medo, raiva, rancor ou repúdio
Histórico de tentativa de interrupção da gravidez	Mau estado geral com alterações psíquicas atuais e sequelares	Vínculos distorcidos em relação incestuosa
Histórico materno de depressão pós-parto ou outra doença mental		Filho de vínculo incestuoso
Adoção ou guarda imposta		
Portadores de doença crônica ou deficiência com dependência total		
Criança colocada como doente ou deficiente, sem patologia identificável		
Situação de violência grave entre os pais		
MAIOR RISCO ENCONTRADO	MAIOR RISCO ENCONTRADO	MAIOR RISCO ENCONTRADO

VITIMA

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE		CONVIVÊNCIA SOCIAL		DESEMPENHO ESCOLAR	
RISCO 0		RISCO 0		RISCO 0	
Normal para a faixa etária		Não se aplica pela faixa etária inferior a três anos de vida		Não se aplica por estar fora da idade escolar	
		Normal com boa convivência familiar e social		Adequado para a idade	
				Atraso por patologias orgânicas ou deficiências que dificultam o aprendizado	
RISCO 1		RISCO 1		RISCO 1	
Nos limites da faixa etária imediatamente inferior		Dificuldades temporárias e pontuais, como em escola e meio social		Dificuldades temporárias ou leves, com rendimento mínimo necessário	
Abaixo do limite para patologias que afetam áreas do desenvolvimento					
RISCO 2		RISCO 2		RISCO 2	
Impossibilidade das atividades mínimas da faixa etária inferior		Respostas eventuais exacerbadas, de apatia ou agressividade		Dificuldades crônicas, com necessidade frequente de reforço ou recuperação	
		Dificuldades de relacionamento entre pares		Repetência	
RISCO 3		RISCO 3		RISCO 3	
Déficit que impede as atividades básicas da vida diária para a idade		Dificuldade de socialização, com atitudes exacerbadas, agressivas ou de apatia constantes		Abandono escolar por imposição ou negligência dos responsáveis	
Atraso global do desenvolvimento, cognitivo, e ou motor e ou relacional		Impossibilidade de convivência entre pares e ou entre meios sociais necessários, como escola, vizinhos e parentes, agressividade e ou isolamento frequentes		Repetências, com impossibilidade do aprendizado mínimo para a idade e maturidade	
		Delinquência		Impossibilidade de acompanhamento mínimo ao esperado para portadores de patologias que interferem na capacidade de aprendizagem	
				Fora da escola por expulsão	
MAIOR RISCO ENCONTRADO		MAIOR RISCO ENCONTRADO		MAIOR RISCO ENCONTRADO	

AGRESSÃO

LESÕES FÍSICAS	NEGLIGÊNCIA -- OMISSÃO DO CUIDAR	VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA
RISCO 0	RISCO 0	RISCO 0
Ausência de sinais atuais ou de sequelas de violência física	Ausência de sinais de negligência física e ou emocional	Ausência de sinais ou sintomas
RISCO 1	RISCO 1	RISCO 1
Histórico de agressões físicas leves confirmadas pela vítima e ou responsável	Descuido por fatores sócio-culturais, das medidas de manutenção de saúde, prevenção e controle de doenças	Uso costumeiro de atitudes e ou palavras rudes, excessivamente rigorosas ou depreciativas, por despreparo ou situações de estresse temporárias, não oriundas da vítima
Lesão física superficial, ou marcas de, sem antecedentes, localizada e que não necessita procedimentos médicos	Descuido as necessidades nutricionais, sem danos aparentes à saúde	
RISCO 2	RISCO 2	RISCO 2
Lesão física ou histórico de, com necessidade de tratamento médico ambulatorial	Desinteresse pelo bem-estar, com falhas ou ausência de acompanhamento ao desenvolvimento	Descuido ou descaso com a segurança e bem-estar
Piora de quadros clínicos, ou manutenção de sintomas por erros ou abandono de tratamentos	Omissão dos cuidados à saúde física e ou emocional, com frequência irregular aos programas de vacinação e prevenção de doenças, falhas nos tratamentos propostos, causando prejuízo ao estado	Responsabilização e exigências além do possível e adequado à faixa etária
Lesão física leve, com antecedentes de lesões anteriores	Falta de preocupação com as necessidades afetivas e emocionais	Manutenção da criança ou adolescente em meio a situações de violência entre os responsáveis e ou outros de sua convivência
Intoxicações medicamentosas ou químicas que necessitam tratamento médico ambulatorial		
RISCO 3	RISCO 3	RISCO 3
Lesões ou cicatrizes múltiplas, em mais de uma região do corpo, indicando espancamento	Ausência de afetividade, descaso, rejeição	Rejeição, indiferença
Lesões que indicam tortura ou rituais de perversidade	Atraso de desenvolvimento psicomotor, por falta de estímulo e ou interesse	Uso da criança ou adolescente como instrumento de maltrato ao outro em relações conflituosas entre os responsáveis
Intoxicações químicas e ou medicamentosas que necessitam tratamento hospitalar	Falhas ou erros injustificáveis no tratamento de doenças crônicas	Uso de agressões verbais ou de atitudes agressivas, como modo rotineiro de relacionamento
Lesões ou marcas de, que podem deixar sequelas, dano ou perda de função e ou de órgão	Deixado aos cuidados de outra criança ou de terceiros sem supervisão	Ameaças à vida
Lesão cerebral	Abandono	Abandono
Lesão que necessita tratamento médico hospitalar	Ausência de acompanhamento à saúde, demora ou abandono de tratamento, desinteresse pela evolução	Simulação ou criação de sinais e sintomas de doenças inexistentes, levando a prejuízo do desenvolvimento físico e ou psíquico
Tentativa de envenenamento	Desnutrição grau III, sem patologia básica que a justifique	
MAIOR RISCO ENCONTRADO	MAIOR RISCO ENCONTRADO	MAIOR RISCO ENCONTRADO

AGRESSÃO

VIOÊNCIA SEXUAL		AUTO-AGRESSÃO		EXPLORAÇÃO PELO TRABALHO	
		Não se aplica - Fora da idade para auto-agressão		Não se aplica pela idade ou incapacidade orgânica	
RISCO 0		RISCO 0		RISCO 0	
Ausência de queixa, sinais ou sintomas de qualquer forma de violência sexual		Ausente		Ausente	
RISCO 1		RISCO 1		RISCO 1	
Manutenção da criança ou adolescente em situação de possessividade e ou de ciúme descontrolado e ou exigência de isolamento, numa relação de intimidade adulta		Procura de realização das atividades da vida diária com atitudes de risco		Obrigação a trabalhos domésticos ou familiares por fatores sócio-culturais, sem prejuízo em outras atividades da idade	
		Comportamento predominantemente impulsivo, irresponsável e ou inconsequente, não condizente com a idade ou padrão sociocultural da vítima			
		Frequência significativa de acidentes			
RISCO 2		RISCO 2		RISCO 2	
Episódio de agressão sexual cometida por estranhos ou pessoa fora do núcleo de convivência da vítima, sem sinais de negligência, impotência ou convivência por parte dos responsáveis		Procura habitual de atividades e grupos de risco		Trabalhos domésticos e ou familiares com prejuízo das atividades próprias da idade	
Relação erotizada de um dos responsáveis com base incestuosa, exigindo proximidade, intimidade e invasão da privacidade		Alterações alimentares, com risco à saúde, como desnutrição, alterações metabólicas ou obesidade			
Agressão sexual em qualquer apresentação cometida por pessoa com vínculo de afeto, confiança ou respeito, sem convivência ou impotência dos responsáveis		Traumas frequentes, com sinais de indiferença ou mesmo orgulho pelas lesões consequentes			
		Indiferença ou inconstância em seguir tratamentos para doenças agudas ou crônicas			
RISCO 3		RISCO 3		RISCO 3	
Agressão sexual em qualquer forma, cometida por estranhos à vítima ou do seu relacionamento familiar, mas com sinais de negligência, impotência ou convivência dos responsáveis		Delinquência, busca de fracassos		Submissão a trabalho extradomiciliar, com prejuízo físico, intelectual, moral e ou emocional	
Agressão sexual em qualquer apresentação cometida por pessoa responsável ou do núcleo de convivência diária da vítima		Encoprese, enurese diurna ou noturna acima dos 5 anos, ou outros sinais que determinem dificuldades de socialização e ou rejeição		Mendicância	
Falsa denúncia de abuso sexual como forma de impedir guarda ou maltratar outro lado parental ou responsável		Auto mutilação, como escarificações, tatuagem ou piercings levando a alteração da aparência ou sofrimento			
Exploração sexual comercial		Tentativa de suicídio			
		Alterações alimentares, com risco de morte, como anorexia nervosa, bulimia e obesidade mórbida			
		Dependência por outras drogas ilícitas			
		Negação ou abandono de tratamento para doenças graves, com risco de vida			
		Dependência por álcool			
MAIOR RISCO ENCONTRADO		MAIOR RISCO ENCONTRADO		MAIOR RISCO ENCONTRADO	

AGRESSOR

ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DO AGRESSOR		RELACIONAMENTO COM A VÍTIMA	
RISCO 0		RISCO 0	
Sem antecedentes de violência familiar, interpessoal ou de desajuste social		Agressor não avaliado ou sem informação	
Estranho à vítima e família		Estranho, sem contato com a vítima	
RISCO 1		RISCO 1	
Dificuldades de relacionamento com a família de origem		Despreparo social ou cultural para entendimento das fases do desenvolvimento	
RISCO 2		RISCO 2	
Dificuldades de relacionamento interpessoal e ou de gênero		Intolerância eventual quanto às características da fase de desenvolvimento da vítima	
Filho por adoção, com dificuldades de relacionamento com seus pais		Distanciamento ou pouco interesse quanto às necessidades físicas e ou emocionais da vítima	
		Relacionamento eventual, de convivência, confiança ou respeito	
RISCO 3		RISCO 3	
Vítima de maus tratos graves em sua infância		Demonstrando rejeição e ou indiferença	
Autor de outras formas de violência, incluindo a doméstica com outros da família		Autor de abandono físico, intelectual, moral e ou emocional	
Histórico de abandono de outro filho		Intolerância constante quanto as características da própria criança ou adolescente	
Filho por adoção, com rejeição ou outra violência grave dos pais adotivos		Agressor não identificado	
Histórico de abandono por ambos os pais			
Histórico de morte de outro filho por causa obscura ou dita como desconhecida			
MAIOR RISCO ENCONTRADO		MAIOR RISCO ENCONTRADO	

AGRESSOR

JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS PARA A VIOLÊNCIA		ACEITAÇÃO DE TRATAMENTO	
Agressor não avaliado ou sem informação		Agressor não avaliado ou sem informação	
RISCO 0		RISCO 0	
Não se aplica - não existiria justificativa aceitável como sem risco		Não se aplica	
RISCO 1		RISCO 1	
Modo culturalmente aprendido de educar com aceitação de rever a conduta		Aceita tratamento proposto para si e para a vítima	
Reconhece o abuso, justificando-se por situações pessoais de grande estresse, demonstrando sofrimento por ter praticado a agressão			
RISCO 2		RISCO 2	
Minimiza a violência, não entendendo os danos atuais e potenciais à vítima		Aceita o tratamento para si, mas de forma irregular, sem previsão de bons resultados	
RISCO 3		RISCO 3	
Culpabiliza a vítima por seu ato agressivo, pelos seus fracassos e frustrações		Não aceita tratamento	
Nega a autoria, apesar de claramente identificável		Aceita o tratamento proposto por obrigação legal, sem adesão	
Demonstra prazer ou orgulho pela violência praticada		Doente ou deficiente mental, ou pedófilo, sem garantias de melhora com tratamento	
		Não reconhecido ou de endereço desconhecido	
		Agressor preso temporariamente	
MAIOR RISCO ENCONTRADO		MAIOR RISCO ENCONTRADO	

FAMÍLIA

RELACIONAMENTO COM A VÍTIMA		ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA DA FAMÍLIA	
		Ausência de família extensa	
RISCO 0		RISCO 0	
Bom, com acompanhamento e supervisão constantes		Ausência de antecedentes de situações de violência na família nuclear e extensa	
RISCO 1		RISCO 1	
Interesse diminuído por questões sócio culturais		Conflitos interpessoais frequentes, dificuldades de relacionamento, não direcionados à vítima	
Interesse deslocado por dificuldades próprias temporárias			
RISCO 2		RISCO 2	
Relacionamento distante ou eventual		Histórico de violência atual envolvendo pessoas do relacionamento familiar ou social	
Responsável não agressor sem condições de sustento ou proteção sua e da vítima			
RISCO 3		RISCO 3	
Descaso quanto ao estado geral da vítima		Violência familiar crônica	
Rejeição ou indiferença		Família do agressor com histórico de maus tratos contra ele em sua infância-adolescência	
Família passiva frente ao agressor		Família do agressor, que não reconhece seus atos violentos contra a criança	
Desejo de posse da vítima, para satisfação própria ou mau trato dos ou de um dos responsáveis		Família adotiva do agressor, com relacionamento conflituoso ou sem reconhecimento da filiação do adotado e ou sua prole	
Ausência de família extensa		Maus tratos contra outra criança ou adolescente da família ou sob sua guarda	
Família que sustenta ou tenta esconder a agressão			
MAIOR RISCO ENCONTRADO		MAIOR RISCO ENCONTRADO	

FAMÍLIA

POSSIBILIDADE DE PROTEÇÃO À VÍTIMA		PROCURA DE ATENDIMENTO PARA A VÍTIMA	
Não se aplica- ausência de família		Não se aplica- ausência de família	
RISCO 0		RISCO 0	
Demonstra vontade e possibilidade de proteger a vítima de novas agressões		Procura e exige os atendimentos necessários, inclusive de proteção legal	
		Não existem sinais de negligência, de lesões físicas, psicológicas ou sexuais a serem tratadas	
RISCO 1		RISCO 1	
Assume defesa parcial e ou temporária, não a ações definitivas de proteção		Procura atendimentos médicos, psicológicos e ou legais apenas nas situações de emergências	
Risco 2		Risco 2	
Demonstra impossibilidade de proteção direta,		Atraso na procura de atendimento, só nos casos extremos ou quando intimada a fazê-lo	
RISCO 3		RISCO 3	
Não demonstra vontade ou oferece meio confiável e consistente de proteção		Recusa auxílio para busca de atendimento ou de sua continuidade	
Participa da violência		Cria obstáculos para o atendimento, encobrindo o agressor	
Cria situações e ou denúncias falsas para posse da vítima		Fantasia sinais e sintomas de violência para culpar ou obter benefícios de outro	
		Cria sintomas ou sinais, exigindo tratamento para doenças inexistentes ou criadas	
MAIOR RISCO ENCONTRADO		MAIOR RISCO ENCONTRADO	

PONTUAÇÃO DO RISCO ENCONTRADO

VÍTIMA	RISCO	FAMÍLIA	RISCO	SOMATÓRIA
Antecedentes de violência		Relacionamento com a vítima		
Idade de início da violência		Antecedentes		
Estado geral		Posicionamento quanto à violência		
Vinculação com responsáveis		Possibilidade de proteção à vítima		
Desenvolvimento Psicomotor		Procura de atendimento		
MÉDIA DA PONTUAÇÃO		MÉDIA DA PONTUAÇÃO		
AGRESSÃO	RISCO	AGRESSOR	RISCO	
Violência física		Antecedentes de risco		
Negligencia		Relacionamento com a vítima		
Violência Psicológica		Vínculo com a vítima		
Violência sexual		Comportamento		
Autoagressão		Como tenta justificar a violência		
Exploração pelo trabalho		Aceitação de tratamento		
MAIOR PONTUAÇÃO ENCONTRADA		MÉDIA DA PONTUAÇÃO		
TOTAL				

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SITUAÇÃO DE VIOLENCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

TABELA DE PONTUAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SITUAÇÃO DE VIOLENCIA	
COMPONENTES NÍVEIS	PONTUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO
AUSENCIA	0 - 2
LEVE	3 - 5
GRAVE	6 - 8
GRAVÍSSIMO	9 - 11
RISCO DE MORTE	12

**ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA EM SERES HUMANOS DO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**



2º Via de Aprovação

Curitiba, 10 de agosto de 2005.

Ilmo (a) Sr. (a)
Luci Yara Pfeiffer Miranda
Nesta

Prezado Pesquisador:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DE NÍVEIS DE GRAVIDADE DOS CASOS DE MAUS TRATOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA", foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 26 de julho de 2005. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

Protocolo CEP: 1082.121/2005-07
CAAE: 0138.0.208.000-05

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 10 de fevereiro de 2006.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renato Tambara Filho".

Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

APÊNDICES

APÊNDICES

I PARTICIPAÇÕES EM PUBLICAÇÕES PARA PROGRAMAS E PROJETOS LIGADOS AO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

II PARTICIPAÇÃO NA IDEALIZAÇÃO, COORDENAÇÃO, REVISÃO FINAL AUTORIA DE CAPÍTULOS

III PUBLICAÇÕES EM PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

IV CAPÍTULOS DE LIVROS

V OUTRAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS RELACIONADAS AO TEMA

VI ARTIGOS EM FASE DE PUBLICAÇÃO

VII PARTICIPAÇÕES EM COMISSÕES E DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

VIII COORDENAÇÕES DE PROGRAMAS E GRUPOS DE TRABALHO

I PARTICIPAÇÕES EM PUBLICAÇÕES PARA PROGRAMAS E PROJETOS LIGADOS AO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

MANUAL DA REDE DE PROTEÇÃO ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA – CURITIBA, 2002

Idealização e participação na coordenação, estruturação, escrita do manual. Participação na elaboração e execução do projeto para capacitação de profissionais da rede pública de Curitiba, da área da infância e adolescência, para utilização do manual e assistência às crianças e adolescentes vítimas de violência, durante os anos de 2002 a 2005.

PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – PARANÁ, 2004

Participação na idealização, estruturação e, de modo específico nos eixos Proteção e Responsabilização, Prevenção e Atendimento.

GUIA ESCOLAR: MÉTODO PARA IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS e MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, BRASÍLIA, 2004

Revisão geral e análise crítica, representando o Ministério da Saúde.

VIOLÊNCIA FAZ MAL À SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE e UNICEF, 2004.

Autoria do capítulo XI:

CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS E NECESSIDADES ESPECIAIS

Coautoria do capítulo XIII:.

REDES DE PROTEÇÃO: NOVO PARADIGMA DE ATUAÇÃO OLIVEIRA, V.L., PFEIFFER L. ET ALS.

DETECÇÃO E PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS NA INFÂNCIA COMO MARCO DA ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES DA INFÂNCIA – AIDPI. MÓDULO DE CAPACITAÇÃO. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E MINISTÉRIO DA SAÚDE

Participação na elaboração, revisão e processo de validação

LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SUAS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010.

Participação com os temas de identificação e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes e revisão.

II PARTICIPAÇÃO NA IDEALIZAÇÃO, COORDENAÇÃO, REVISÃO FINAL e AUTORIA DE CAPÍTULOS

**MANUAL DE SEGURANÇA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, NESTLÉ, SÃO PAULO, 2004**

Capítulos:

Seção 2:

- DESVINCULAÇÃO PAIS E FILHOS, ACIDENTES E VIOLÊNCIA
- NORMAS BÁSICAS DE SEGURANÇA NOS AMBIENTES DE ATENÇÃO À SAÚDE: AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Seção 4:

- VIOLÊNCIA NA INFANCIA E ADOLESCÊNCIA
- INTERFACES DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIA COM OUTRAS ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

III PUBLICAÇÕES EM PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
PROATO: PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM TRAUMATOLOGIA E
ORTOPEDIA, SBOT, PORTO ALEGRE, 2004

Capítulo: MAUS TRATOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. FORLIN, E.
PFEIFFER, L.

PRONAP: PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM
PEDIATRIA, 2004

Capítulo: VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA: DETECÇÃO, TRATAMENTO E
ENCAMINHAMENTO. WAKSMAN R. , PFEIFFER L.

IV CAPÍTULOS DE LIVROS

CRIANÇAS E ADOLESCENTES SEGUROS. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, ed. PUBLIFOLHA, SÃO PAULO, 2006

Capítulos: RELAÇÃO PAIS E FILHOS: UM INVESTIMENTO PARA TODOS OS DIAS. PFEIFFER, L. CARDON, L.

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. PFEIFFER, L. MESQUITA J.

CONSEQUÊNCIAS DOS TRAUMAS E ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO. CARDON, L. PFEIFFER, L.

TRATADO DE PEDIATRIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, ed. MANOLE, SÃO PAULO, 2006; REIMPRESSO EM 2008; REEDITADO EM 2010.

Capítulos: INJÚRIAS INTENCIONAIS: RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA. PFEIFFER, L. WAKSMAN, R.

ENCAMINHAMENTOS NA SUSPEITA DE VIOLÊNCIA. PFEIFFER, L.

OS VÁRIOS OLHARES DO DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Coleção Comissões. ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SEÇÃO PARANÁ, 2006.

Capítulo: VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – DO DIREITO À VIDA – PFEIFFER L., CARDON L.

VIOLÊNCIA, PAIXÃO E DISCURSOS: O AVESSO DOS SILÊNCIOS, NÚCLEO DE DIREITO E PSICANÁLISE DA UFPR, EDITORA CMC, 2009.

Capítulo: DESVINCULAÇÃO PAIS E FILHOS E VIOLÊNCIA

COLEÇÃO FILHOS, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA- DA GRAVIDEZ AO SEGUNDO ANO DE VIDA. EDITORA MANOLE, SÃO PAULO: 2009.

Temas abordados: - Vinculação pais e filhos, - Prevenção da violência.

LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SUAS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIAS. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010.

Temas abordados: -Diagnóstico da violência contra crianças, - Enfrentamento da violência.

V - OUTRAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS RELACIONADAS AO TEMA

ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. JORNAL DE PEDIATRIA, SUPLEMENTO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 11/05.

ELABORAÇÃO DE TEXTOS PARA FOLDERES E CARTAZES PARA CAMPANHAS DE COMBATE À VIOLÊNCIA, EXPLORAÇÃO E ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CAPÍTULOS DE LIVRO E ARTIGOS EM FASE DE PUBLICAÇÃO

MANUAL PARA DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLENCIA NA INFANCIA E ADOLESCENCIA: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO

Tema: NEGLIGENCIA, OMISSÃO DO CUIDAR

VIOLENCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DE NÍVEIS DE GRAVIDADE: PFEIFFER L., ROSÁRIO N., LIMA M.. REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA. SOCIEDADE PAULISTA DE PEDIATRIA. SÃO PAULO: DEZEMBRO DE 2011

VII PARTICIPAÇÕES EM COMISSÕES E DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE SEGURANÇA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA:

MEMBRO: 1995-1997; 2001-2006; 2010..

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE SEGURANÇA DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:

PRESIDENTE E FUNDADORA: 1998 – 2009

MEMBRO – 2010...

COMISSÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, SESSÃO PARANÁ

MEMBRO – 2010...

VIII COORDENAÇÕES DE PROGRAMAS E GRUPOS DE TRABALHO

GRUPO DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE –
DEDICA - FUNDADORA E COORDENADORA: 2004....

PROGRAMA HC DEDICA: DEFESA DOS DIRETOS DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE DO SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL
DE CLÍNICAS DE CURITIBA – UFPR

FUNDADORA E RESPONSÁVEL VOLUNTÁRIA

PROGRAMA SEM BRINCADEIRA, PROGRAMA SEMANAL DE
ENTREVISTAS E INFORMAÇÕES DA TV DA UFPR

COORDENAÇÃO E APRESENTAÇÃO

**ARTIGO ORIGINÁRIO DA TESE, PUBLICADO PELA REVISTA PAULISTA
DE PEDIATRIA, SÃO PAULO, DEZEMBRO 2011.**

ARTIGO – PROPOSTA DE MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(a)- VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE

(b)- VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(c)- LUCI PFEIFFER, NELSON ROSÁRIO, MONICA LIMA CAT

(d)- LUCI PFEIFFER = Médica Pediatra pela Universidade Federal do Paraná - UFPR, Mestre e Doutoranda em Saúde da Criança e do Adolescente pelo Departamento de Pediatria da UFPR. Chefe do Programa de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas da UFPR.

NELSON A ROSÁRIO = Médico Pediatra pela Universidade Federal do Paraná. Nelson Augusto Rosário Filho. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (1980) e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual de Campinas (1994). É especialista em Alergia Clínica pela State University of New York. Atualmente é professor titular da Universidade Federal do Paraná, revisor e corpo editorial de vários periódicos e Vice-Presidente da Sociedade LatinoAmericana de Alergia e Imunologia.

MONICA L CAT = Médica Pediatra. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1985) , Residência Médica em Pediatria (1986-1987) e Residência Médica em Neonatologia (1988). Mestre em Pediatria pela Universidade Federal do Paraná em 1992, com área de concentração em Neonatologia e Terapia Intensiva Neonata. Doutora Pediatria pela Universidade Federal do Paraná em 2003 com área de concentração em Infomática em Saúde. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente e Professor Adjunto do Departamento de Pediatria (UFPR),

e) lucipfeiffer@pop.com.br; lucipfeiffer@yahoo.com.br
nelsonrosario@ufpr.gov.br

monica.cat@ufpr.br

- (f)- Os autores possuem Currículo Lattes do CNPq
- (g)- A dissertação original de mestrado e o presente resumo que constitui este artigo foram desenvolvidos integralmente pelos autores
- (h)- Nada a declarar em relação a conflitos de interesse
- (i)- O trabalho é um resumo da dissertação de mestrado da primeira autora, na Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná; defendida e aprovada em dezembro de 2006, sob orientação do Professor Dr. Nelson Augusto Rosário Filho e co-orientação da Professora Dra. Mônica Lima Cat.
- J e k)- Luci Pfeiffer
Av. Visconde de Guarapuava, 3211, Centro
Curitiba, Paraná.
CEP: 80 010 – 100
lucipfeiffer@pop.com.br
Telefones: 041 3222 4500;
041 3222 7878;
041 9191 7878
- l)- Não houve fonte financiadora
- m)- Número de palavras do texto: - 2860
- n)- Número de palavras do resumo: - 250
- o)- Número de tabelas: - 4

RESUMO

Objetivo Descrever as apresentações da violência e método de classificação em níveis de gravidade aplicado no Programa Rede de Proteção das Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência da cidade de Curitiba.

Métodos Participação na elaboração e implantação do programa; Desenvolvimento de método de classificação de seus níveis de gravidade; Capacitação da rede pública para identificação das violências, aplicação do método de classificação e notificação; análise dos dados das fichas de notificação geradas neste programa nos anos 2003-4.

Resultados foram notificados 1537 casos em 2003 e 1972 em 2004, sendo encontrados respectivamente 92,6% e 92,9% casos de violência doméstica; 40,7% e 61,7% por negligência, 35,1% e 26% por violência física; 17,6% e 7,7% sexual e 6,6% e 4,6% psicológica isolada. Em 2003 os casos moderados corresponderam a 41,8% das notificações, os graves a 40% e os leves a 8,2% .Em 2004, 35,4% foram casos moderados, 33,9% leves e 30,7% graves. **Discussão e conclusões** Não houve diferença significativa da incidência de acordo ao sexo da vítima ($p > 0,05$). Observou-se maior incidência na faixa etária de 5 a 9 anos. Em 2003 não houve diferença significativa dos casos graves e moderados ($p = 0,60$) e o número de casos leves foi expressivamente menor ($p < 0,001$). Em 2004 a frequência de casos moderados foi significativamente superior aos graves ($p = 0,001$) Este estudo vem demonstrar aspectos e interfaces da violência contra crianças e adolescentes bem como a aplicação de novo método de classificação dos níveis de gravidade deste agravo.

Palavras chaves: violência, crianças, adolescentes, violência doméstica, maus-tratos infantis, epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To describe the violence forms against children and adolescents and a new instrument of evaluation of their risk levels, applied to a program of assistance for children and adolescent, called “Rede de Proteção para Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para a Violência” of Curitiba City.

Methods: This profile was built through the analyses of the violence cases notifications, made between the 2003 and 2004 years, coming of this specific program of assistance for children and adolescent. It begun whit the participation on the elaboration and implementation of the mentioned program, followed by the construction of a classification method of the violence risk levels. The third stage was to train professionals who work whit children and adolescents, in especial areas such as hospitals, healthcare unities, schools and kindergartens, in order to identify the violence forms, applied the classification method and report. **Results:** 1,537 cases were reported in 2003 and 1,972 in 2004. Respectively, on that amount, 92.6% and 92.9% were recognized as cases of domestic violence, being that 40.7% and 61.7% for neglect, 35.1% and 26% by physical violence, 17.6% and 7.7% sexual, 6.6% and 4.6% psychological. During the year of 2003, in respect of the severity, moderate cases accounted for 41.8% of notifications, severe for 40% and mild for 8.2%. In 2004, 35.4% were identify like a moderate cases, 33.9% as a mild and 30.7% as a severe. **Discussion and conclusions:** No significant difference in incidence was find according to the sex of the victim ($p > 0.05$). It was observed more frequently in the age group of 5-9 years. In the year of 2003 there was no significant difference between the amount of severe and moderate cases ($p = 0.60$) and the number of mild cases was significantly lower ($p < 0.001$). In 2004, the frequency of moderate to severe was significantly higher ($p = 0.001$). This profile make possible to show news aspects and many relationships of the interfaces of the abuse against children and adolescents, as well as the importance of the risk's investigation that they are submitted, through solids and secures dates.

Key words: violence, children, adolescents, domestic violence, child abuse, epidemiology

Introdução

É possível definir a violência contra crianças e adolescentes como toda ação ou omissão provocada por pessoa de maturidade física e psicológica mais adiantada, que venha a lhes provocar qualquer forma de dor. Até a idade de dezoito anos as situações mais comuns de violência são as classificadas como doméstica, intrafamiliar ou maus tratos, que se caracterizam quando esta ação ou omissão é praticada por adulto ou adolescente com maturidade física e psíquica mais adiantada, que exerça sobre a vítima o papel de cuidador ou responsável, seja por paternidade, outro vínculo de parentesco, dependência, convivência, afeto ou confiança. Habitualmente ocorrem dentro de suas próprias casas, sendo os agressores mais freqüentes, os pais ou aqueles que ocupam seu lugar, seguidos por outros do núcleo de convivência da criança (adaptado de Pfeiffer L., Waksman R. SBP, 2006)¹, podendo se apresentar nas formas mais diversas e bizarras, em variados níveis de gravidade².

A partir de 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil, passou-se a ter maiores instrumentos legais de proteção nas situações de violência na infantoadolescência, tornando obrigatória sua notificação (artigo 245), até mesmo de mera suspeita³.

O Código Penal Brasileiro, em artigos escritos em 1940, como os de número 129 e 136, define e estipula os critérios de diagnóstico e classificação em níveis de gravidade para as lesões corporais e Maus-tratos respectivamente, ignorando os danos psicológicos e minimizando as situações de negligência^{4,5}.

Em 2009 foi promulgada lei de número 12015, que modifica a anterior no tratar dos crimes sexuais, antes ditos como “Crimes contra os Costumes” e hoje, “Crimes contra Dignidade Sexual”. Nesta, é introduzida, no artigo 217 A, a figura do “Estupro de Vulnerável”, onde se define como crime qualquer ato sexual praticado contra pessoa com idade até 14 anos^{6,7}.

No entanto, em nosso país, os registros das situações de violência na infância e adolescência ainda são poucos e não há como se falar em epidemiologia, ainda que o Ministério da Saúde, em 2001, através da portaria n. 737, tenha definindo ser este não apenas um problema social, mas também e principalmente de saúde pública e de notificação obrigatória em todo território nacional⁸ (Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência). Porém, as denúncias e notificações tem se mantido em números infinitamente inferiores à realidade esperada⁹.

Em Curitiba iniciou-se, no ano de 1998, um trabalho de enfrentamento da violência, com a união de esforços das diversas Secretarias, Programas, ONGs, voltadas à área da infância e adolescência, bem como da Sociedade Paranaense de Pediatria.

Foi formulada uma ficha de notificação única, padronizada e instituído um trabalho de capacitação para os profissionais que atuam com crianças e adolescentes para prevenção, diagnóstico, avaliação do nível de gravidade de cada caso, notificação e acompanhamento das situações de risco para violência.

Desde 2002 as notificações passaram a ser analisadas e armazenadas em um banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido instituído o Programa Rede de Proteção das Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Violência.

O presente trabalho propõe descrever a violência contra crianças e adolescentes na cidade de Curitiba, através da análise das notificações do programa, nos anos de 2003 e 2004 e apresentar a utilização de um sistema de classificação em níveis de gravidade para definir o fluxograma de atendimento e necessidade de medidas emergenciais de proteção.

Há que se considerar, no entanto, que estes números referem-se a uma parcela dos casos de violência, em especial de maus-tratos, que chegaram à denúncia e ao diagnóstico, representando um perfil epidemiológico local, desconhecendo-se sua total incidência.

Métodos

A partir da implantação de amplo programa de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes de Curitiba, foi possível a obtenção de muitos dados referentes às suas formas de apresentação, bem como sua natureza e frequência, segundo idade e sexo.

Da análise do primeiro ano do programa de notificação – 2001, surgiu a necessidade de estabelecimento de um fluxo de atendimento bem como uma definição do que seriam situações de maior ou menor gravidade.

Assim iniciou-se o presente trabalho, desde a implantação do programa Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para a Violência da cidade de Curitiba, que se deu em várias fases, desde idealização, elaboração e, criação da ficha de notificação (1998 – 2000), à capacitação de profissionais da rede pública (cerca de dez mil), das áreas da saúde, educação, ação social, justiça e segurança, para identificação e notificação obrigatória (2000 – 2002), acompanhamento dos casos e desencadeamento das medidas de proteção (2003 -).

O presente estudo constituiu-se então quatro fases:

- Participação e acompanhamento da implantação do programa;
- Desenvolvimento de um método para classificação dos níveis de gravidade das situações de violência contra a infância e adolescência, durante a etapa da estruturação do programa
- Participação na capacitação de profissionais da rede pública para identificação das situações de violência, aplicação do método de classificação e notificação.
- Análise dos dados das fichas de notificação de violência contra crianças e adolescentes, armazenadas no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, provenientes das instituições públicas municipais de atendimento às crianças e aos adolescentes, hospitais e Conselhos Tutelares, referentes aos anos de 2003 e 2004.

O método desenvolvido na segunda fase deste trabalho, para classificação das situações de violência na infância e adolescência em níveis de gravidade foi composto a partir da eleição, por maior frequência nas notificações de 2001, de quatro determinantes de morbidade nestas situações. São eles: o estado geral da vítima, a constituição familiar e seu posicionamento frente à violência apresentada, o tipo e as características da agressão e o perfil do agressor (Tabela 1).

Através da soma do risco encontrado para cada fator, conforme indicadores específicos, avaliando a vítima, a agressão, o agressor e a família como de níveis de risco 0, 1, 2 ou 3 (tabela 1) definiu-se os casos como:

- Sem Evidências de Violência (0 a 3 pontos), onde os sinais e sintomas trazidos pela criança não se enquadram nas características das lesões físicas intencionais, violência psicológica, sexual ou negligência, sem identificação de agressão e agressor, com a presença de laços de respeito, confiança e afeto bem estabelecidos entre a criança e responsáveis.

- Caso Leve (4 a 5 pontos), indicando presença de sinais ou sintomas compatíveis com um episódio único de agressão física, psicológica ou detecção de negligência, sem consequências à saúde física ou mental da vítima, com responsáveis dispostos a rever sua conduta agressiva.

- Caso Moderado (6 a 8 pontos), quando existem sinais ou sintomas que demonstram uma violência física, psicológica e ou negligência que possam levar a danos físicos ou emocionais que necessitem de tratamento ambulatorial e acompanhamento especializado, tanto da vítima como agressores, ou que se apresentem como leves, mas de repetição.

- Caso Grave (9 a 11 pontos), representados por situações de abuso sexual ou violência física, psicológica e ou negligência, de onde a vítima apresenta marcas físicas ou emocionais da violência sofrida, necessitando de atendimento hospitalar e ou especializado, incluindo pária de saúde mental, sem que haja demonstração clara dos responsáveis no interesse do tratamento e ou de mudanças de suas atitudes agressivas.

- Caso com Risco de Morte (12 pontos), caracterizados por situações ou de abuso sexual por parte de responsáveis ou pessoas da convivência da vítima, violência física, psicológica e ou negligência que necessitam de tratamento terciário e especializado incluindo a área de saúde mental emergenciais, com sinais de participação, convivência e ou impotência dos familiares tanto da família nuclear como expandida.

Como critérios de inclusão, entraram para análise geral todos os casos notificados de violência contra crianças e adolescentes no período de 2003 (1537) e 2004 (1974), sendo o tamanho da amostra o total destas notificações. Foram excluídas, no tocante à apreciação dos níveis de gravidade, 256 notificações em 2003 e 244 em 2004 que não continham esta informação.

Para o tratamento estatístico foram aplicados os testes não paramétricos: qui-quadrado de Pearson, qui-quadrado de Pearson com correção de Yates e qui-quadrado para tendências lineares, considerando um nível de significância de 5% e poder de teste mínimo de 90%. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Resultados

Em 2003 foram registradas 1537 notificações e em 2004, 1974, realizadas pelas 643 unidades de assistência a crianças e adolescentes nas áreas da saúde, educação e ação social, que participam do programa Rede de Proteção em Curitiba.

A natureza preponderante da violência em 2003 foi a Doméstica ou Maus-tratos, com 92,6% das notificações, sendo as demais (7,4%), de violência extra-familiar. No ano de 2004 observou-se proporção semelhante, sendo encontrada uma porcentagem de 92,9% dos casos como de violência doméstica e 7,1% de extra-familiar.

A Vítima

A maior incidência ocorreu na faixa etária de 5 a 9 anos nos dois anos estudados. Seguiu-se a esta, a de crianças de 0 a 4 anos, das quais 10,9% do total geral refere a lactentes menores de um ano de idade, incluindo 64 crianças com menos de um mês de vida. Cerca de um quarto dos casos corresponderam às idades de 10 a 14 anos. (Tabela 2).

A Agressão

Negligência ou omissão do cuidar foi responsável pelo maior número de notificações, com incidência significativamente maior do que os outros tipos de violência ($p < 0,01$).

A violência física teve frequência significativamente maior que a violência sexual e psicológica ($p < 0,01$). Seguiram-se a estes tipos, em ordem de incidência, a violência sexual e psicológica na sua forma isolada. (tabela 2).

Não houve diferença significativa da incidência global da violência de acordo ao sexo da vítima ($p > 0,05$). Entretanto, a negligência e a violência física foram mais frequentes no sexo masculino nos dois períodos estudados. Já no sexo feminino, a violência sexual correspondeu a cerca de três quartos dos casos (Tabela 3).

O Agressor

A mãe foi o agente agressor mais frequente, sendo responsável por 44,6% dos casos em 2003 e 59,5% de 2004. O pai ocupou o segundo lugar com 25,6% das notificações de 2003 e 23,4% em 2004. A auto-agressão foi o motivo de 13 notificações em 2003 e 11 em 2004.

Especificamente nos casos de violência sexual, em primeiro lugar entre os agressores esteve o padrasto ou companheiro da mãe, seguido pelo pai, avô, tio e outros com quem a vítima mantinha laços de dependência, afeto ou convivência. Em 5,3% dos casos de abuso sexual o agressor era pessoa conhecida da vítima, mas sem vínculos de moradia ou dependência direta e em 3,3% das notificações o agressor era totalmente desconhecido da vítima.

Os Níveis de Gravidade da Violência

Na avaliação das 1281 notificações que continham a informação sobre os níveis de gravidade no ano de 2003, os casos moderados foram os mais freqüentes, seguidos dos graves e em menor freqüência os leves (tabela 3).

Não se configurou uma diferença significativa de freqüência dos casos graves e moderados ($p = 0,60$), mas o número de casos leves em 2003 foi expressivamente menor ($p < 0,001$).

Das 1730 notificações em 2004 os casos classificados como moderados foram os de maior incidência, seguidos dos leves e graves, não havendo diferença significativa entre os casos leves e moderados em 2004 ($p = 0,21$), mas a freqüência de casos moderados foi significativamente superior aos graves ($p = 0,001$) (Tabela 4).

Analisado o nível de gravidade quanto aos tipos de violência, tem-se que os casos de negligência e de violência física foram em sua maioria classificados como leves ou moderados ($p < 0,001$) enquanto os de violência sexual predominantemente graves ($p < 0,001$). Nos casos de violência psicológica houve maior incidência do nível moderado ($p = 0,03$).

Discussão

De acordo com estudo desenvolvido, baseado nos dados das fichas de notificação das situações de violência contra crianças e adolescentes na cidade de Curitiba, nos anos 2003 e 2004, verificou-se que as situações de violência na infância e adolescência tiveram maior freqüência as de natureza doméstica, caracterizando o Crime de Maustratos, tendo como principais agressores os próprios pais ou aqueles que ocupam seu lugar. Esta é uma constatação presente em muitos outros estudos internacionais, como de Kaplan & Sadock, que apontam os pais como responsáveis pela violência contra seus filhos em 75% dos casos, seguidos por outros parentes e cuidadores¹⁰.

Segundo relatórios da UNICEF, de hora em hora morre uma criança queimada, torturada ou espancada pelos próprios pais¹¹.

Estudo norte americano retrospectivo de coorte em 2006, apontaram que de 8613 adultos escolhidos aleatoriamente, 26,4% relataram terem sido castigados, surrados, espancados, ou foram atingidos de forma tão violenta, que ficaram com marcas ou cicatrizes durante sua infância¹².

No que se refere à faixa etária, observou-se maior frequência na de 5 a 9 anos, seguida pela de 0 a 4 anos, impressionando a ocorrência de um quarto destes casos em lactentes com menos de um ano de idade, que tiveram como agressor mais identificado, suas mães.

De acordo com a Rede de Combate à Exploração Sexual Comercial Infanto-juvenil, formada pelas organizações não governamentais Central de Notícias dos Direitos da Infância e do Adolescente (Ciranda) e a Organização Internacional para o Trabalho (OIT), a cada ano, são vítimas de exploração sexual comercial 1 milhão de crianças e adolescentes em todo mundo. Destas, 100 mil são brasileiras e 3.500 têm entre 8 e 17 anos e se encontram na Tríplice Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai^{13,14}.

Em países com sistemas de notificação obrigatória implantados há mais de três décadas, como o US Department of Health and Human Services, o abuso físico é prevalente em crianças abaixo de cinco anos (32%), mas também com grande incidência entre os 5 a 9 anos (27%) e dos 10 aos 14 (27%)¹⁵.

Dados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE) indicam que, no universo de indivíduos com menos de 18 anos de idade, os bebês de até 1 ano de idade são o grupo que corre o segundo maior risco de morte por homicídio. O risco de morte é cerca de três vezes maior para crianças com menos de 1 ano de idade do que para o grupo entre 1 e 4 anos de idade; e quanto mais nova for a criança, maior será a probabilidade de sua morte ser causada por um parente próximo¹⁶.

Há que se ressaltar que as situações de violência, especialmente as cometidas pelos pais ou responsáveis, têm efeito deletério duplo na infância e adolescência, tanto pelo ato em si que vai ficar registrado na memória independente da idade em que ocorra, como pela quebra do estímulo ao desenvolvimento. Os traumas que excedem a capacidade de compreensão e

elaboração da criança e do adolescente tanto podem ter efeitos imediatos como tardios, que repercutirão no seu modo primário de pensar e de agir, bem como na sua capacidade de enfrentar outras situações de dificuldades ou estresse para o resto de suas vidas¹⁷.

Quanto menor a idade da vítima e maior o vínculo com o agressor, piores as possibilidades de seqüelas, haja visto que crianças com menos de três anos de idade tendem a não produzir uma recordação verbal de traumas ou abusos passados, dificultando o diagnóstico. Contudo suas experiências podem ser reproduzidas através de jogos, desenhos ou fantasias¹⁸.

Ainda, adultos que foram abusados fisicamente na infância tem maior probabilidade de abusarem de seus filhos que aqueles que não sofreram esta forma de violência¹⁹.

O tipo de violência mais notificada no Programa Rede de Proteção foi a negligência, seguido pela violência física, sexual e psicológica, sendo este último diagnóstico uma evolução na interpretação das várias apresentações da violência na infantoadolescência.

Houve uma frequência geral semelhante para o sexo feminino e masculino, diferenciando-se, no entanto, quanto ao tipo de violência no estudo estratificado, com predomínio da negligência e da violência física para o sexo masculino e do abuso sexual para o feminino.

Quanto ao nível de gravidade, em 2003 houve um maior número dos casos classificados como moderados, seguidos pelos graves e, em menor porcentagem, os leves. Em 2004, manteve-se a maior incidência como casos moderados, com acréscimo das notificações de casos leves, seguidas pelos graves.

A aplicação de método classificatório da gravidade tornou possível estabelecer critérios de urgência e emergência, além de protocolos de acompanhamento de acordo com o risco geral da situação de violência. Da mesma forma, permitiu a criação de fluxos e definição da complexidade de tratamento e das medidas de proteção legais e sociais no Programa Rede de Proteção. Novos estudos estão sendo desenvolvidos para a validação deste método para ampliação de seu uso como instrumento de triagem na assistência a crianças e adolescentes em situação de risco para violência.

O presente estudo apresenta um perfil epidemiológico da violência na infância e adolescência da cidade de Curitiba, que não pode ser tido como índices de prevalência ou incidência da violência nesta cidade, que traz à tona as diversas apresentações da violência contra crianças e adolescentes, evidenciando sua ocorrência em todas as faixas etárias, sem distinção de sexo. Aponta para a possibilidade de se classificar os níveis de gravidade desta violência, através de método que avalie sempre os principais componentes da violência, possibilidade esta que vai sustentar a estruturação de fluxogramas e protocolos de atendimento, de acordo à necessidade de cada caso.

Referências Bibliográficas

1. Pfeiffer L, Waksman RD. Injúrias intencionais. In: Campos D. Tratado de Pediatria. São Paulo: Ed. Manole. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2006: 129.
2. Pfeiffer L, Waksman RD. Violência na infância e adolescência. In: Campos JA, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004: 195-278.
3. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Paraná; 2008: 56-8.
4. Prado LR. Brasil. Artigo 129 do Código Penal Brasileiro. Comentários do Código Penal. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 4.ª Edição; 2007: 456-462.
- 5- Prado LR. Brasil. Artigo 136 do Código Penal Brasileiro. Comentários do Código Penal. São Paulo. Ed. Revista dos Tribunais, 4.ª Edição; 2007: 488-492.
6. <http://www.planalto.gov.br/ccivil/ato2007-2010/2009/lei12015.htm>; acessado em 22 de maio de 2010, às 17:50 horas.
7. <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/.../lei-12015/09>; acessado em 22 de maio de 2010, às 18:15 horas.

8. Brasil, Ministério da Saúde e cols. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Portaria GM/MS Nº 737 , 16/05/01, Publicada no Dou Nº 96, Seção 1e – de 18/05/01. Brasília: MS/Opas; 2001:4-11.
9. Pfeiffer L., Pires JM. Principais tipos de violência. Crianças e Adolescentes Seguros. São Paulo: Publifolha. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2006: p. 253.
10. Kaplan & Sadock. Problemas relacionados ao abuso e negligência. In: Compêndio de Psiquiatria. Porto Alegre: 9. Edição. Artmed Editores; 2007: p 940.
11. UNICEF. Relatórios sobre violência contra crianças e adolescentes. São Paulo: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2005.
12. Washington, DC: US Government Printing Office; 2006.
13. CIRANDA. Relatórios exploração sexual na tríplice fronteira. Curitiba: ANDI – Agência Nacional de Notícias dos Direitos da Infância; 2005: 2-9
14. OIT: Organização Internacional para o Trabalho. Relatórios sobre exploração sexual de crianças e adolescentes nas regiões de fronteiras brasileiras. Curitiba: OIT; 2005: 12-19.
15. US Department of Health and Human Services. Child Maltreatment .Administration on Children, Youth, and Families. Washington, DC; 2004
16. Bryce, Jennifer et al. Countdown to 2015: Tracking intervention coverage for child survival. The Lancet. 2006; v. 368, n. 9541: 1070-1071
17. Cardon L, Pfeiffer L. Conseqüência dos traumas na Infância e Adolescência. In: Crianças e Adolescentes Seguros – Um Livro para Pais. São Paulo: Publifolha. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2006: 292-
18. **Nancy D. Kellogg, MD and the Committee on Child Abuse and Neglect.** Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. Pediatrics; 2007, 119 (6): 1232-1241.

19. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? Lancet: 2000, 356 (9232): 814-9.

TABELAS

**TABELA 1: MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE GRAVIDADE
DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

COMPONENTES NÍVEIS	VÍTIMA	AGRESS ÃO	AGRESS OR	FAMÍLI A	LIMIARE S
AUSENTE	0	0	0	0-3	0 a 3
LEVE	1	1	1-2	1-2	4 a 5
MODERADO	1- 2	1-2	2	1-2-3	6 a 8
GRAVE	2-3	2-3	2-3	1-2-3	9 a 11
RISCO DE MORTE	3	3	3	3	12

PFEIFFER,2001

TABELA 2

TABELA 2 - NÚMERO E PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA DA VÍTIMA

Faixa etária (anos)	2003		2004	
	N	%	n	%
Antes do nascimento	06	0,4	10	0,5
0 a 4	404	29,8	572	31,2
5 a 9	520	38,5	664	36,2
10 a 14	346	25,6	480	26,2
15 a 18	77	5,7	108	5,9
Total	1353	100,0	1834	100,0

Fonte: Adaptado de CE/SMS de Curitiba- Banco de dados da Rede de Proteção – 2003/2004

TABELA 3

TABELA 3 - NÚMERO E PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES SEGUNDO O TIPO DE VIOLÊNCIA E SEXO

Tipo de violência	2003						2004					
	Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Negligência	248	44,9	304	55,1	552	40,7	532	47,0	599	53,0	1131	61,7
Física	225	47,3	251	52,7	476	35,2	237	49,7	240	50,3	477	26,0
Sexual	180	75,6	58	24,4	238	17,5	118	73,3	43	26,7	161	8,8
Psicológica	44	48,9	46	49,1	90	6,6	42	64,6	23	35,4	65	3,5
Total	697	51,4	659	48,6	1356	100,0	929	50,6	905	49,4	1834	100,0

Fonte: Adaptado do Banco de Dados do CE/SMS. Rede de Proteção, Curitiba, 2003/2004

*Teste qui-quadrado de Pearson com correção de Yates: entre os gêneros: p 0,48; entre os tipos de violência: p < 0,01

TABELA 4

TABELA 4 - NÚMERO E PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES SEGUNDO OS NÍVEIS DE GRAVIDADE

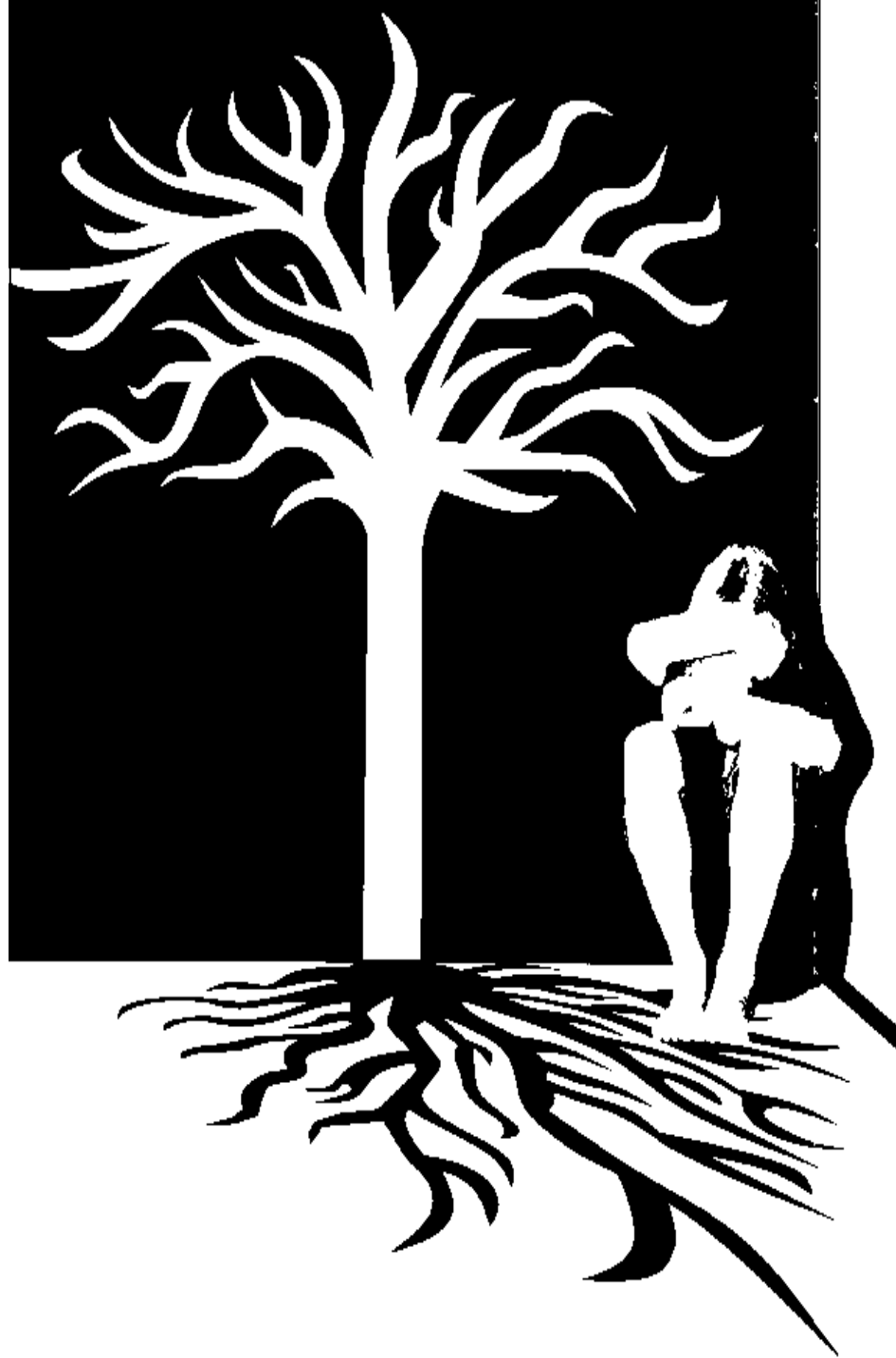
	2003		2004	
	N	%	n	%
Leve	233	18,2	587	33,9
Moderado	535	41,8	613	35,4
Grave	513	40,0	530	30,7
Total	1281	100,0	1730	100,0

Fonte: Adaptado do Banco de Dados, CE/SMS. Rede de Proteção, Curitiba, 2003/2004

Teste qui-quadrado para tendência s lineares: $p = 0,60$

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*Método de
Classificação da
Gravidade da
Violência contra
Crianças e
Adolescentes
2011*



As pesquisas desenvolvidas nesta tese permitiram identificar os principais componentes das situações de violência na infância e adolescência, sendo eles: o tipo da agressão, estado geral da vítima, características do agressor e da família da vítima. Possibilitou a definição dos principais indicadores de risco para cada um destes componentes e a elaboração do Método para Classificação da Gravidade das Situações de Violência contra Crianças e Adolescente. A tese apresenta este Método como instrumento de triagem e também de diagnóstico do tipo e gravidade das situações de violência na infância e adolescência, com elevados índices de acurácia, sensibilidade e especificidade
